1886-87 FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 57

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

# DES LUXATIONS

## DE LA CLAVICULE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT, LE 1er JUIN 1887

PAR

**Paul-Amaury-Michel-Ange THAMIN**

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Ploërmel (Morbihan), le 30 janvier 1856

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

| | | |
|---|---|---|
| MM. MASSE, | professeur, | *président.* |
| LANELONGUE, | professeur, | *juges.* |
| DUDON, | agrégé, | |
| DENUCÉ, | agrégé, | |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1887

1886-87 FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX
N° 57

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

# DES LUXATIONS

## DE LA CLAVICULE

## THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 1er JUIN 1887

PAR

**Paul-Amaury-Michel-Ange THAMIN**

MÉDECIN DE LA MARINE

Né à Ploërmel (Morbihan), le 30 janvier 1856

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. | MASSE, | professeur, | *président.* |
| | LANELONGUE, | professeur, | *juges.* |
| | DUDON, | agrégé, | |
| | DENUCÉ, | agrégé, | |

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — Rue Montméjan — 17
1887

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen. | M. DENUCÉ... Doyen honoraire.

**PROFESSEURS :**

MM. DENUCÉ.....
BITOT.....
MICÉ..... } Professeurs honoraires.

| | |
|---|---|
| Anatomie | MM. BOUCHARD. |
| Physiologie | ORÉ. |
| Physique | MERGET. |
| Chimie | BLAREZ. |
| Histoire naturelle | GUILLAUD. |
| Pathologie et thérapeutique générales | VERGELY. |
| Pathologie interne | DUPUY. |
| Pathologie externe | AZAM. |
| Anatomie pathologique | COYNE. |
| Histologie et Anatomie générale | VIAULT. |
| Médecine opératoire | MASSE. |
| Pharmacie | FIGUIER |
| Thérapeutique | De FLEURY. |
| Hygiène | LAYET. |
| Médecine légale | MORACHE. |
| Médecine expérimentale | JOLYET. |
| Matière médicale | PERRENS. |
| Clinique médicale | PITRES. |
| | PICOT. |
| Clinique chirurgicale | DEMONS. |
| | LANELONGUE. |
| Clinique obstétricale | MOUSSOUS. |
| Clinique ophtalmologique | BADAL. |

**AGRÉGÉS EN EXERCICE**

SECTION DE MÉDECINE

| | |
|---|---|
| Pathologie interne et Médecine légale | LANDE. |
| | ARNOZAN. |
| | RONDOT. |
| | ARTIGALAS. |
| | MOUSSOUS. |

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

| | |
|---|---|
| Pathologie externe | DUDON. |
| | BOURSIER. |
| | PIECHAUD. |
| | LAGRANGE. |
| | POUSSON. |
| Accouchements | DENUCÉ. |

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. { MM. PLANTEAU. FERRÉ. | Histoire naturelle. .... M. NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

| | |
|---|---|
| Physique | MM. BERGONIÉ. |
| Chimie et Toxicologie | DENIGÈS. |
| Pharmacie | CARLES. |

**CLINIQUES ANNEXES**

Clinique méd. des enfants. MM. NÉGRIÉ. | Maladies vénériennes..... MM. VENOT.
Clinique chir. des enfants. BITOT. | Maladies mentales..... N.

**COURS COMPLÉMENTAIRES**

Accouchements..... M. LEFOUR, agrégé. | Chimie..... M. CARLES, agrégé.

*Le Secrétaire de la Faculté,* LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MON FRÈRE

---

A MA MÈRE — A MA SŒUR

---

A MA FAMILLE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0054

*A mon Président de Thèse*

MONSIEUR LE Dr MASSE

*Professeur de Médecine opératoire à la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

*Officier de l'Instruction publique*

---

A MONSIEUR LE Dr CATELAN

*Médecin principal de la Marine, Chevalier de la Légion d'honneur.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

# DES LUXATIONS

## DE LA CLAVICULE

---

### AVANT-PROPOS

J'avais résolu d'utiliser ma dernière campagne à bord du cuirassé *le Turenne,* dans les mers de Chine et du Japon, du mois de février 1885 au mois de mars 1886, pour étudier les conditions hygiéniques des navires de ce nouveau type et contribuer ainsi, dans la mesure de mes forces, à l'étude de l'hygiène navale. Mon retour prématuré en France ne m'a pas laissé le temps de recueillir tous les documents nécessaires pour mener à bien cette étude ; mais, pendant mon court séjour à bord, j'ai eu la bonne fortune de pouvoir observer un traumatisme assez rare et qui m'a paru digne d'être rapporté ici.

M. le Dr Catelan, à cette époque médecin en chef de la Division navale de l'Extrême-Orient et médecin-major du *Turenne,* a bien voulu m'autoriser à me servir de cette observation pour en faire le sujet de ma thèse inaugurale. Je suis heureux de pouvoir l'en remercier ici publiquement ainsi que de la bienveillance qu'il m'a toujours témoignée.

Je prie M. le Professeur Masse d'agréer mes remercîments pour l'honneur qu'il m'a fait en daignant accepter la présidence de cette thèse.

L'obligation qui m'est imposée par les nécessités du service d'avoir terminé ce travail à jour fixe, ne m'a pas permis de lui consacrer tout le temps que j'aurais désiré. Puisse cette considération valoir, de la part de mes juges, à mon modeste travail, toute l'indulgence dont il a besoin.

## CHAPITRE PREMIER

FRÉQUENCE DES TRAUMATISMES DE LA CLAVICULE. — FRÉQUENCE COMPARÉE DE SES FRACTURES ET DE SES LUXATIONS. — QUELQUES MOTS DE STATISTIQUE.

Il est permis de prévoir, *à priori,* et en l'absence de toute donnée statistique, que parmi les os longs du squelette, les plus superficiellement placés devront être aussi les plus exposés aux traumatismes, tels que fractures ou luxations. Toutefois il est un autre élément important dont il faut tenir compte, c'est l'étendue, la variété, la fréquence, etc., des mouvements que ces os sont appelés à exécuter.

Or, ces deux conditions : 1° position superficielle, 2° étendue, variété, fréquence des mouvements, se trouvent remplies à un très haut degré pour la clavicule. Placée aussi superficiellement que possible, recouverte seulement par la peau au-dessous de laquelle elle fait saillie, elle ne peut, il est vrai, exécuter par elle-même que des mouvements limités, mais il faut remarquer qu'elle sert d'arc-boutant et de point d'appui au membre supérieur, et que toutes les impulsions communiquées au membre supérieur lui seront transmises. Cet os participe donc d'une façon secondaire, mais très réelle, aux mouvements exécutés par le bras et l'avant-bras.

La démonstration expérimentale de ce fait est facile. Si l'on place l'index droit sur l'articulation sterno-claviculaire gauche et que, le laissant en place, on fasse exécuter au membre supérieur gauche tels mouvements qu'on voudra, élévation, abaissement, etc., on sentira très nettement les mouvements qui se passeront

dans l'articulation sterno-claviculaire en même temps qu'on aura élevé ou abaissé le bras gauche.

Si donc il est vrai qu'un os superficiellement placé et exécutant des mouvements fréquents soit, par ce fait même, plus exposé qu'un autre aux différents traumatismes, la clavicule doit occuper un des premiers rangs, et cette vue de l'esprit est pleinement confirmée par les données de la statistique.

1° *Les fractures et luxations de la clavicule sont très fréquentes.*

Ainsi pour les fractures, c'est, suivant Follin (*Traité de Pathologie externe,* t. II), celui des os du squelette qui se fracture peut-être le plus souvent.

Malgaigne (*Traité des fractures et des luxations,* t. I), qui a relevé les fractures traitées à l'Hôtel-Dieu pendant 11 années, trouve que sur 2,328 fractures, il y en a 225 de la clavicule, c'est-à-dire que la clavicule est au quatrième rang pour la fréquence. Il établit de plus que, entre 15 et 65 ans, les fractures de la clavicule forment environ un quart du nombre total des fractures.

M. Polaillon (*Dict. Encycl. des Sc. méd. de Dechambre,* t. 17, article « Clavicule ») donne la statistique des hôpitaux de Paris de 1861 à 1864. Pendant cette période, il y a eu 7,687 fractures, dont 609 de la clavicule ; elles occupent le quatrième rang pour la fréquence, les fractures de la jambe occupant le premier, et il y a 7,92 °/₀ de fractures de la clavicule.

Si l'on s'en tenait à certains relevés, les chiffres paraîtraient plus étonnants encore, car John H. Packard (*Encycl. internat. de chirurgie* de Gosselin, t. IV) trouve que à l'Hôpital des enfants de Philadelphie, il y a eu, pour une période de 7 ans, sur 316 fractures, 94 fractures de la clavicule, c'est-à-dire près de 30 °/₀.

Pour les luxations, Malgaigne, dans un premier relevé fait sur les registres de l'Hôtel-Dieu, trouve sur 489 luxations, 33 luxations de la clavicule ; les luxations de cet os occupent ainsi le

troisième rang. La statistique de Gurlt (*Deutsche Klinik,* 1857, n° 1) donne à peu près les mêmes proportions.

Un deuxième relevé de Malgaigne, fait dans son service à l'Hôpital Saint-Louis, mais ne comprenant que 114 cas, lui a donné 9 luxations de la clavicule. Le chiffre de luxations observées étant moindre, les proportions sont légèrement troublées ; les luxations de la clavicule n'arrivent dans ce relevé qu'au quatrième rang.

Si l'on veut, à l'exemple d'Edmond Andrews (*Encycl. internat. de chir.* de Gosselin), ajouter l'un à l'autre ces deux relevés de Malgaigne, on trouvera que sur 603 luxations il y en a 42 de la clavicule, et que cette dernière luxation occupe le troisième rang.

Un relevé plus récent est dû à Kronlein (*Luxationen, in Deutsche chir.* von Billroth, Lucke, 1881, p. 5, tableau). Cet auteur, en classant 400 luxations observées à la clinique de Berlin, du 1er mai 1874 au 10 octobre 1880, a trouvé 17 luxations de la clavicule. Ces luxations occupent dans son relevé le quatrième rang.

2° *Les luxations de la clavicule sont rares, comparativement à ses fractures.*

Suivant Bichat, celles-ci seraient aux premières dans le rapport de 6 à 1. Nélaton (*Traité de Path. chir.*) admet cette proportion et explique ainsi la fréquence plus grande des fractures.

« La clavicule, dit-il, est superficielle et participe aux violences exercées sur l'épaule et aux impulsions que subit le membre supérieur. Mais, d'une part, elle est unie au sternum et à l'omoplate par des ligaments courts et résistants et, d'une autre part, elle offre plusieurs courbures qui déterminent plus aisément la fracture que la luxation. »

Suivant Sédillot, les fractures sont beaucoup plus fréquentes et ce ne serait pas assez que les admettre avec Bichat dans le rapport de 6 à 1 comparées aux luxations.

D'après M. Polaillon (*loc. cit.*), la statistique des hôpitaux de Paris pour une période de 4 ans, de 1861 à 1864, donne 967 luxations. Sur ce nombre il y a 87 luxations de la clavicule, c'est-à-dire 9 °/₀. Or, pendant la même période, on a relevé 7,92 fractures de la clavicule pour 100. On arrive donc à cette conclusion inattendue qu'il y a plus de luxations de la clavicule par rapport au nombre total des luxations, qu'il n'y a de fractures de ce même os, par rapport au nombre total des fractures.

« Mais, dit M. Polaillon, dans la pratique on observe beaucoup plus de fractures que de luxations de la clavicule, par la raison que les fractnres sont des accidents beaucoup plus fréquents que les luxations. En effet, pendant la période 1861-1864, il y a eu 609 fractures de la clavicule et seulement 87 luxations, c'est-à-dire 7 fois moins de luxations que de fractures. »

Il n'y aurait donc même pas, comme le pensait Bichat, une luxation pour six fractures, mais seulement à peu près une pour sept.

### 3° *Les luxations de la clavicule sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.*

Quoique J.-L. Petit ait écrit, à propos des luxations en général, qu'elles devaient être plus faciles chez les femmes, à raison de la faiblesse de leurs muscles, on est porté à penser que les hommes, en raison de la nature de leurs travaux, sont plus exposés que les femmes à ce genre de traumatisme. La statistique démontre la vérité de notre assertion en ce qui concerne la clavicule.

En reprenant la statistique de 1861 à 1864 qui nous a déjà servi, on voit que sur 87 luxations de la clavicule, il y en avait 84 chez des hommes et 3 seulement chez des femmes.

Ce dernier chiffre a paru cependant bien faible à M. Polaillon qui a fait de son côté une statistique en recueillant les observations

publiées dans les journaux de médecine. Il a trouvé que sur 97 cas, il y en avait 77 chez les hommes et 17 chez les femmes ; pour 3 cas le sexe n'était pas indiqué.

Concluons donc, avec l'auteur, que les luxations de la clavicule sont rares chez les femmes, mais moins que ne l'indique la statistique des hôpitaux.

4° *Quelle est l'influence de l'âge sur la production des luxations de la clavicule?*

Suivant M Polaillon on les observe chez les hommes surtout de 20 à 50 ans. Avant et après elles sont rares. Dans l'enfance et l'adolescence elles sont plus rares que dans la vieillesse.

Chez les femmes, l'influence de l'âge est à peu près nulle.

5° *Les luxations portent plus souvent sur les articulations de la clavicule droite que sur celles de la clavicule gauche.*

Sur 68 luxations, 43 siégeaient à droite et 25 à gauche.

Il me semble que cette plus grande fréquence du côté droit peut trouver son explication dans ce fait que la plupart des gens se servant plus volontiers du bras droit que du bras gauche, le membre supérieur droit est par suite plus exposé aux accidents. Peut-être l'explication a-t-elle paru trop simple aux auteurs pour être mentionnée, car je n'en ai trouvé trace dans aucun.

6° *Enfin, les luxations de l'extrémité externe sont plus fréquentes que celles de l'extrémité interne.*

J.-L. Petit pensait que les luxations de l'extrémité interne arrivaient plus facilement que celles de l'extrémité externe, en raison de la plus grande mobilité de la jointure sternale, du volume plus considérable de la tête de la clavicule qui dépasse en tous sens la cavité qui la reçoit et des efforts plus puissants qu'elle supporte, lors des coups ou des chutes sur l'épaule ou le bras. Boyer et L. J.

Sanson paraissent partager cette opinion, sans rien affirmer cependant.

« S'il fallait se prononcer, dit Sédillot (*Contrib. à la Chirurgie,* t. I), sur cette question de fréquence, je me croirais autorisé, d'après les faits que j'ai recueillis, à soutenir, contradictoirement à J.-L. Petit, que les luxations de la clavicule sur l'acromion sont plus nombreuses que celles sur le sternum, et c'est également l'avis de S. A. Cooper dont l'autorité est d'une si grande valeur. »

Hamilton (*Traité prat. des fract. et des lux.*) établit que sur 57 cas, 44 portaient sur l'extrémité acromiale, tandis que 13 seulement portaient sur l'extrémité sternale.

## CHAPITRE DEUXIÈME

### HISTORIQUE. — CLASSIFICATION. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE L'ARTICULATION STERNO-CLAVICULAIRE

Une première division de ces luxations se présente tout naturellement. C'est la division en :

1° Luxations de l'extrémité externe ou acromiale ; luxations acromio-claviculaires ;

2° Luxations de l'extrémité interne ou sternale ; luxations sterno-claviculaires ;

3° Luxation des deux extrémités à la fois.

Chacun de ces trois groupes comprend plusieurs variétés. Je laisse de côté le premier et le troisième pour ne m'occuper que du second groupe, luxations de l'extrémité interne. Une seule des variétés de ce second groupe fera l'objet de ce travail.

Paul d'Egine a fait, le premier, mention des luxations sterno-claviculaires, mais c'est pour les nier. La clavicule est, suivant lui, tellement adhérente au sternum qu'il n'y a pas même entre eux de mobilité. Puis, revenant sur son affirmation trop catégorique, il dit que, si par hasard elle venait à en être séparée, il faudrait se conduire comme on le fait pour les fractures de cet os.

Rien ou presque rien dans A. Paré sur ces luxations.

Le premier cas de luxation sterno-claviculaire publié est une luxation en avant : il appartient à Wiseman.

Boyer et L. J. Sanson (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XI, p. 226) n'admettaient comme incontestable que la luxation en avant ; celle en arrière leur paraissait très difficile et insuffisamment prouvée par les quelques faits qu'on avait observés. Quant à

celles en haut et en bas, ils les regardaient comme impossibles. A propos du déplacement en haut, Boyer écrit :

« Ce déplacement est impossible, parce qu'il exigerait une force énorme, qui, agissant sur l'extrémité externe de la clavicule, en ferait un levier du premier genre qui aurait son point d'appui sur la première côte. »

Voici l'opinion de du Verney : Dans son *Traité des maladies des os*, t. 1er, au chapitre 1er « fractures du tronc », article 1er intitulé « De la fracture de la clavicule », page 201, il dit :

« Quoique sa tête ne soit reçue qu'en partie dans la cavité du sternum, elle n'en sort que rarement, à moins que ce ne soit par un effort très violent. Elle est entourée de forts ligamens qui lui sont particuliers, lesquels résistent à tous ses mouvemens ; donc, il n'y a point de luxation à craindre ; &, si elle arrive, elle sera causée par une chute considérable, comme je l'ai observé, etc... ».

J.-L. Petit décrit les luxations sterno-claviculaires en avant et en arrière et un appareil pour les luxations en haut.

Depuis, bon nombre de chirurgiens ont observé et décrit ces luxations, mais on est loin de s'accorder encore sur les diverses variétés de luxations de l'extrémité interne.

Ainsi Malgaigne, reprenant une classification de J.-L. Petit, divise ainsi les luxations de l'extrémité sternale.

1° Luxations en avant } qui peuvent être incomplètes ou
2° Luxations en arrière } complètes.

3° Luxations en haut, jusqu'ici (1855) toujours complètes.

De plus, dans le but d'éviter toute confusion, il indique, d'après l'anatomie normale et l'observation clinique, en présence du manque d'autopsies, le siège probable des trois luxations complètes :

1° Dans la luxation en avant, la tête de la clavicule est uniquement recouverte par les téguments ;

2° Dans la luxation en arrière, elle s'enfonce sous le sternum,

en arrière des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens.

3° Dans la luxation en haut, elle se loge entre les muscles sterno-mastoïdien en avant et sterno-hyoïdien en arrière.

« De telle sorte, dit-il, que les trois places occupées par la tête luxée sont essentiellement séparées par des cloisons musculaires, ce qui rend désormais toute méprise impossible. »

Nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi et que, par exemple, telle luxation en haut pourra se compliquer d'une luxation en avant, et que, dans certains cas, la position presque indifférente que prend l'extrémité déplacée, peut rendre le diagnostic très embarrassant.

Malgaigne, dans sa classification, ne fait pas mention de la possibilité d'une luxation en bas, et Morel-Lavallée (*Essai sur les luxations de la clavicule*) dont on ne peut méconnaître la compétence quand il s'agit de luxations, avance tout d'abord dans son mémoire, que la luxation directe en bas est impossible par la présence du cartilage de la première côte. Quant à la variété en haut, voici ce qu'il dit :

« Par des raisons différentes et quelquefois opposées, j'arrive, non pas tout à fait à la même conclusion que Boyer, mais presque, non pas à l'impossibilité, mais à la difficulté extrême de la luxation. »

Il divise ainsi les luxations :

1° Luxations en haut.

2° Luxations en avant, se subdivisant en
- Luxations en avant et en haut.
- Luxations en avant et en bas.

3° Luxations en arrière se subdivisant en
- Luxations en arrière et en haut.
- Luxations en arrière et en bas.

Sédillot (*loc. cit.*) pense qu'on a eu tort de considérer la présence de la facette articulaire du sternum et la première côte comme des obstacles insurmontables à la production d'une luxation en bas, car on a observé, dit-il, des luxations en avant et en arrière qui étaient également en bas, ou dans lesquelles la tête de la clavicule était abaissée au-dessous de son niveau normal. (Observations de Dugès et Collart *in Mém. de méd. chir. et pharm. militaires,* t. XII, p. 231, de Mignot, *in Revue méd. chir.,* t. XIII, p. 302, de Richerand, etc.). Sédillot admet, en somme, trois espèces principales de luxation de l'extrémité interne : une en avant, une en arrière, une en haut ; les deux premières pouvant être complètes ou incomplètes et se lier à des déplacements en haut ou en bas, déterminés simultanément ou consécutivement. La dernière, à l'époque où écrivait l'auteur, n'avait encore été observée qu'à l'état de luxation incomplète.

Il paraît difficile, au milieu de tant d'affirmations diverses, de découvrir la vérité ; mais il nous semble que dans une question de cette nature, on ne peut s'appuyer pour décider de l'existence d'une variété que sur des faits bien observés et sur l'étude des mouvements normaux de l'articulation. Ai-je besoin de dire que les faits auront pour nous une valeur bien plus grande que les conclusions tirées du raisonnement? Il ne me répugne pas d'admettre que dans une articulation telle que l'articulation sterno-claviculaire qui peut exécuter des mouvements d'élévation, d'abaissement, en avant, en arrière, toutes les variétés de luxation correspondant à l'exagération d'un de ces mouvements puissent se produire ; et, quand des faits bien observés viennent à l'appui de cette hypothèse, elle se change en certitude. Qu'une violence extérieure, repoussant en arrière le moignon de l'épaule, chasse la tête claviculaire hors de sa loge sternale et produise ainsi une luxation en avant, cela a paru hors de doute à la plupart des

auteurs, parce que, des luxations de l'extrémité interne, c'est la plus fréquente; mais, de ce que la luxation en arrière, par exemple, est plus rare, il ne s'ensuit pas qu'elle soit impossible. Une violence appliquée directement sur l'extrémité interne de la clavicule ne peut-elle rompre le ligament postérieur et produire ainsi une luxation en arrière? Aussi Hamilton (*loc. cit.*), dans sa division des luxations de l'extrémité sternale, dit qu'il n'en a jamais rencontré en arrière, mais il ne nie pas qu'elles soient possibles.

En résumé, nous admettrons pour l'extrémité interne de la clavicule :

1° La luxation en avant ou présternale;

2° La luxation en arrière ou rétro-sternale;

3° La luxation en bas, celle-ci avec quelques réserves;

4° La luxation en haut ou sus-sternale,

en faisant remarquer que ces luxations peuvent être complètes ou incomplètes, que ces variétés peuvent se combiner entre elles de telle façon qu'on n'a que rarement une luxation pure; ainsi telle luxation sera à la fois en arrière et en bas, telle autre en avant et en haut. Ceci posé, je ne m'occuperai que de la luxation de l'extrémité sternale en haut; mais auparavant, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler sommairement l'anatomie et la physiologie de l'articulation sterno-claviculaire.

**Anatomie et physiologie de l'articulation sterno-claviculaire.**

Elle appartient à la classe des diarthoses ou articulations mobiles. Quant au genre de diarthrose, Cloquet l'avait rangée parmi les arthrodies; tous les auteurs modernes la placent dans les articulations par emboîtement réciproque (Cruveilhier, *Anat. descript.* Sappey, *Anat. descript.*). C'est encore, si l'on veut, une articulation à ménisque (Beaunis et Bouchard, *Anat. descript.*) En somme c'est une articulation à surfaces cylindroïdes, l'une et

l'autre convexes et concaves dans deux sens réciproquement perpendiculaires.

Elle offre à considérer :

1° Deux surfaces articulaires qui ne se correspondent pas;

2° Un fibro-cartilage interarticulaire qui rétablit la correspondance entre ces deux surfaces;

3° Quatre ligaments;

4° Deux synoviales.

Je n'ai pas le dessein de décrire, avec les détails qu'ils méritent, chacun des éléments qui composent l'articulation. La chose a été faite et bien faite par des maîtres, et je ne pourrais que reproduire inutilement ce qu'on trouve dans leurs écrits. Je me contenterai de résumer seulement les faits les plus importants.

A. *Surfaces articulaires.* — La clavicule ne s'articule pas seulement avec le sternum, mais aussi avec le bord supérieur du cartilage de la première côte. Aussi la surface articulaire de la clavicule est-elle divisée pour cela en deux facettes, une grande et une petite, correspondant : la première à la facette sternale, la seconde à la facette costale.

B. *Fibro-cartilage interarticulaire.* — Les surfaces articulaires ne se correspondent pas, aussi un fibro-cartilage, sorte de ménisque fibreux interarticulaire, plus épais en haut qu'en bas, corrige-t-il la disposition défavorable des facettes. Il se moule sur l'une et l'autre surfaces et comble les vides résultant de leur différence de direction et de forme.

C. *Ligaments.* — Au nombre de quatre. Trois ligaments unissent entre eux le sternum, la clavicule et le premier cartilage costal ; un quatrième est commun aux deux articulations sterno-claviculaires.

Le ligament antérieur ou sterno-claviculaire, oblique de haut en bas et de dehors en dedans, va de la partie antéro-supérieure de la tête de la clavicule à la partie antérieure de la facette sternale

et aussi au fibro-cartilage. Les fibres ligamenteuses ne sont pas très serrées et laissent souvent entre elles des espaces dans lesquels viennent faire hernie quelques pelotons adipeux et par où passent aussi quelques petits vaisseaux.

Le ligament postérieur a la même direction que le précédent. De la partie postéro-supérieure de la tête il va au rebord postérieur de la facette sternale. Il est plus étendu que l'antérieur.

Le ligament inférieur, costo-claviculaire, ou plus exactement chondro-costo-claviculaire, rayonné, a la même direction. C'est le plus épais et le plus résistant. Ses insertions ont lieu en dehors des surfaces articulaires, car, en haut, il s'attache à une empreinte rugueuse du bord inférieur de la clavicule et en bas à la partie interne du premier cartilage costal et sur la première côte elle-même.

Enfin, un ligament interclaviculaire, inséré à la partie supérieure de l'extrémité interne des clavicules, adhérent par sa face inférieure à la fourchette sternale, mais seulement à droite et à gauche, car sur la ligne médiane existe une solution de continuité qui livre passage à des vaisseaux, va transversalement d'une clavicule à l'autre « en passant comme un pont sur le bord supérieur du sternum. » (Beaunis et Bouchard, *loc. cit.*).

D'ailleurs il faut remarquer que les fibres de ces quatre ligaments sont peu distinctes les unes des autres, et il serait peut-être juste de dire qu'elles forment une sorte de capsule à l'articulation.

Mais ce ne sont pas là les seuls moyens de connexion. En avant le faisceau interne du sterno-mastoïdien qui passe au devant de l'article, envoie parfois sur lui quelques fibres d'insertion. En arrière, le sterno-hyoïdien recouvre la face postérieure de l'articulation et contribue à la fortifier.

D'un autre côté, le ménisque fibreux interarticulaire n'a pas seulement pour principal but (Tillaux, *Anat. topogr.*) d'amortir les chocs entre les deux surfaces ; il peut être considéré aussi

comme un moyen d'union, car l'articulation ne se fait pas, à proprement parler, entre la clavicule et le sternum, mais entre le sternum et le fibro-cartilage.

D. *Synoviales*. — Il existe deux synoviales : une grande entre la clavicule et le ménisque, une petite entre le ménisque et le sternum.

Voyons maintenant quels mouvements peuvent se passer dans cette articulation.

D'après la classe à laquelle elle appartient, tous les mouvements sont possibles, c'est-à-dire que la clavicule peut s'élever, s'abaisser, se porter en avant, en arrière, et prendre toutes les positions intermédiaires, c'est-à-dire exécuter un mouvement de circumduction.

Mais, quel que soit le mouvement que l'on considère, dans tous la clavicule bascule, à la manière d'un levier, autour d'un point fixe très rapproché de son extrémité interne, point que MM. Beaunis et Bouchard placent à peu près à l'attache du ligament oosto-claviculaire. On comprend dès lors que, dans tout mouvement, l'extrémité interne exécutera un mouvement inverse de l'extrémité externe et que l'arc de cercle décrit par la branche du levier que représente la clavicule sera considérablement amplifié à l'extrémité de la branche externe.

Quand on porte l'épaule en arrière, l'extrémité interne de la clavicule est portée en avant : le ligament postérieur se relâche, l'antérieur se tend.

Quand on porte l'épaule en avant, l'extrémité interne de la clavicule est portée en arrière : le ligament antérieur se relâche, le postérieur se tend.

Elevez l'épaule, l'extrémité sternale de la clavicule est abaissée. Tous les ligaments sont dans l'état de relâchement, sauf le costo-claviculaire qui est fortement tendu.

Abaissez l'épaule, l'extrémité sternale est portée en haut. Tous les ligaments sont tendus à l'exception du costo-claviculaire.

Il est facile de comprendre ce qui se produit dans le mouvement de circumduction qui n'est que le passage successif des mouvements déjà décrits de l'un à l'autre.

« La clavicule décrit dans ce mouvement un cône dont le sommet est à l'articulation sterno-claviculaire. » (Gosselin)

## CHAPITRE TROISIÈME

### DE LA LUXATION EN HAUT DE L'EXTRÉMITÉ STERNALE. HISTORIQUE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — ÉTIOLOGIE. DIAGNOSTIC. — PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

**Historique.**

Boyer et L. J. Sanson déclarent impossible la luxation en haut de la tête de la clavicule.

Bichat annonce, au contraire, que cette luxation est possible, mais n'en peut fournir aucun exemple pour confirmer sa théorie.

Morel-Lavallée écrit que cette luxation n'est jamais primitive, mais bien toujours secondaire. Pour cet auteur, toute luxation sternale en haut résulte de la transformation d'une luxation en arrière préexistante : la tête, primitivement luxée en arrière, remonterait en haut sous une influence variable telle que violences extérieures, mouvements imprimés à l'épaule. De là sa division des luxations en arrière que j'ai citée plus haut ; luxations en arrière et en haut, luxations en arrière et en bas. Ainsi, pour lui, la luxation en haut se fait toujours en deux temps. Son opinion admise sans conteste par ses contemporains n'a pas contribué à éclaircir l'histoire de ces luxations : c'est grâce à lui qu'on retrouve aujourd'hui dans quelques auteurs telle luxation décrite comme luxation en arrière qui est manifestement une luxation en haut. Nous verrons à l'étiologie que si la luxation peut se faire en deux temps, comme Morel-Lavallée l'indique, elle peut aussi se faire d'emblée.

Le premier fait de luxation en haut est dû à Duverney. Depuis, plusieurs autres faits ont été recueillis, mais les auteurs ne s'accor-

dent pas encore sur le nombre total des cas. Ainsi Follin, dans son *Traité de Pathologie externe* ne reconnaissait comme indiscutables que les deux cas de Sédillot et Baraduc. Richet et A. Després, dans leur article « Clavicule » du *Dictionnaire de Jaccoud,* ne signalent encore que ces deux faits.

Edm. Andrews (*loc. cit.*) dit qu'il existe douze cas; il en annonce deux tirés de sa pratique personnelle, mais n'en décrit qu'un seul; enfin, plus récemment, Hamilton (*loc. cit.*) a brièvement mentionné la plupart des faits connus, dont un lui appartient.

**Anatomie pathologique.**

Nous n'avons que peu de renseignements à ce sujet. Deux autopsies seulement ont été faites. On a pu heureusement, dans un certain nombre de cas, se rendre, sur le vivant, un compte exact de la nature du déplacement.

OBSERVATION I

Elle est de du Verney. Sur le cadavre d'une jeune fille de 16 ans qui était morte à la suite d'une chute considérable, il trouva « la tête de la clavicule dénuée de son périoste et tous ses ligamens déchirés. Elle se portoit vers le larynx. »

On peut reprocher à cette observation sa concision trop grande, mais il ne semble pas qu'il puisse y avoir de doute sur la nature du déplacement. Morel-Lavallée, persuadé que le déplacement primitif en haut était impossible, l'a cependant rangée dans les luxations en arrière.

OBSERVATION II

Due à Robert W. Smith. Elle a été publiée dans *The Dublin journal of. méd. sc.,* december 1872, sous le titre « Case of supra-sternal luxation of the clavicle » et traduite dans la *Revue des Sciences médicales en France et à l'étranger,* de G. Hayem, t. I, 1873, p. 905.

« Il s'agissait d'un homme de 60 ans. La luxation était complète, l'extrémité interne de la clavicule faisant saillie au-dessus de la fourchette du sternum. Lorsque le blessé était assis sur son lit, la difformité était à son maximum et la pression exercée sur la trachée et l'œsophage déterminait une violente dyspnée, de la raucité de la voix et de la dysphagie. Les mouvements de l'épaule étaient difficiles et produisaient une douleur intense. Les symptômes étaient notablement amendés dans le décubitus.

» Le malade, qui présentait en outre une lésion grave du pied avec saillie de l'astragale dans la plaie, succomba au bout de quelques jours, et l'autopsie permit de constater d'une façon précise l'état des parties luxées. L'extrémité de la clavicule gauche reposait sur le sternum et avait dépassé la ligne médiane de façon à se mettre en rapport avec le sterno-mastoïdien du côté droit. La portion sternale du même muscle du côté gauche croisait la clavicule à une petite distance de la surface articulaire; elle était fortement tendue, et la portion claviculaire était au contraire relâchée. En arrière, l'os reposait sur les muscles sterno-hyoïdiens et la partie antérieure de la trachée. Les ligaments antérieurs et postérieurs de l'articulation étaient déchirés, aussi bien que le ligament costo-claviculaire ou rhomboïde. Le cartilage intra-articulaire était détaché de ses insertions au sternum et au cartilage de la première côte, et se trouvait comme la clavicule porté en haut et en dedans. Le muscle sous-clavier ne présentait d'autre altération qu'un état de relâchement et un changement de direction de ses fibres. »

Au mémoire de Smith sont jointes deux planches représentant la région sur le vivant et après dissection.

Ainsi, de l'étude de ces deux cas, résulte le fait que tous les ligaments étaient rompus et même le fibro-cartilage dans le cas de Smith. Il est à remarquer que Malgaigne, qui publiait son *Traité des luxations* en 1855, par conséquent bien avant le fait de Smith qui est de 1872, avait déjà écrit :

« Il est probable que pour un tel déplacement tous les ligaments doivent être rompus. »

De son côté, Baraduc (*Thèse inaugurale,* Paris, 1842), dont

l'observation est antérieure au livre de Malgaigne, trouvant chez son sujet que, dans l'intervalle qui sépare la clavicule de la première côte, il n'existait d'autre résistance au doigt que celle qui était fournie par la peau, en avait conclu que les fibres du ligament costo-claviculaire et même celles du muscle sous-clavier étaient rompues. Cependant il ne signale pas du côté de la peau la moindre ecchymose. Aucun observateur n'en a signalé non plus, et si, comme on doit le supposer, ils n'en ont pas signalé parce qu'il n'y en avait pas, ce ne serait pas là un des points les moins curieux de l'histoire de cette luxation.

Hamilton pense aussi qu'il peut y avoir dans quelques cas déchirure du ligament costo-claviculaire et de quelques fibres du muscle sous-clavier. Morel-Lavallée ne croit pas la déchirure du muscle sous-clavier probable, parce que l'effet de la luxation est de rapprocher les deux attaches du muscle.

### Etiologie.

Les causes de cette luxation sont de deux sortes : prédisposantes et déterminantes.

*Causes prédisposantes.* — Elles peuvent tenir :

1° A un état pathologique des muscles voisins, des os, des ligaments ou du fibro-cartilage; ce seraient alors des luxations pathologiques. On comprend fort bien qu'une altération de telle nature qu'on voudra, syphilitique, rhumatismale, etc., siégeant sur les os ou sur les soutiens de l'articulation, ceux-ci puissent, à un moment donné, ne plus remplir efficacement leur rôle et laisser la tête sortir de sa capsule. Mais si on a signalé des luxations pathologiques en avant, on n'en a pas encore, que je sache, signalé en haut, aussi n'est-ce là qu'une pure hypothèse.

2° A une disposition physiologique assez fréquente des ligaments et du fibro-cartilage. Ainsi les fibres ligamenteuses sont plus ou moins serrées, laissent des vides entre elles; on a vu le fibro-

cartilage divisé en deux lames, ou bien aminci à son centre et même perforé.

3° A des luxations antérieures de l'articulation.

4° A l'âge, au sexe, à la profession. — En retranchant les cas dans lesquels l'extrémité acromiale étant luxée, l'extrémité sternale l'était aussi et en haut, il reste seulement 20 cas de luxation en haut de l'extrémité sternale, en y comprenant celui que je rapporterai. Il serait donc puéril de vouloir déduire d'un aussi petit nombre de faits des indications positives, d'autant plus que bien des observateurs ont négligé d'indiquer ces renseignements. (En tout cas, on n'a encore signalé aucune luxation de l'articulation sterno-claviculaire chez le fœtus).

Ainsi sur 20 cas, l'âge n'est indiqué que 11 fois; dans 7 autres cas on mentionne simplement qu'il s'agit d'adultes; pour les deux derniers cas, aucune indication. Les limites extrêmes sont 15 et 60 ans.

Le sexe n'est indiqué que 17 fois; la luxation a été rencontrée 12 fois chez des hommes et 5 fois chez des femmes.

Quant à la profession, elle n'est souvent pas indiquée, ou bien elle est si variée qu'il serait oiseux de chercher à en tirer le moindre enseignement.

On est cependant en droit de conclure de ce qui précède que :

La luxation en haut de l'extrémité sternale n'a jamais été rencontrée avant 15 ans ni après 60. Elle est donc inconnue dans l'enfance et l'extrême vieillesse.

Les hommes paraissent y être sensiblement plus exposés que les femmes, mais dans une proportion difficile à évaluer puisque les chiffres sont incomplets. M. Polaillon avait déjà dit que sur 9 luxations en haut connues il y en avait 7 chez les hommes et 2 seulement chez les femmes.

Enfin, il n'aurait pas été sans intérêt d'établir dans quelle proportion la clavicule droite et la clavicule gauche ont été

atteintes, mais j'ai retrouvé ici les mêmes difficultés. Sept fois il s'agissait de la clavicule gauche et trois fois de la droite, dans un cas les deux étaient luxées. On pourrait donc croire que la loi citée plus haut, qui veut que les luxations portent plus souvent sur la clavicule droite que sur la clavicule gauche, ne se vérifie pas pour la variété de luxation qui nous occupe, mais il faut remarquer que sur les 20 cas, le côté n'est pas indiqué 9 fois.

Je n'irai pas plus avant dans l'étude des causes prédisposantes de cette affection. Il me resterait à chercher, comme Malgaigne l'a fait pour les luxations d'une manière générale, quelle peut être l'influence des saisons sur la production de cet accident. Mais, outre que les résultats tirés d'un si petit nombre de cas ne pourraient être concluants, il est impossible de chercher à les mettre en relief car, des auteurs, les uns n'indiquent pas même l'année dans laquelle s'est passé l'accident qu'ils relatent, d'autres indiquent l'année mais non le mois, d'autres enfin laissent le champ libre à nos suppositions en n'indiquant rien.

*Causes déterminantes*. — Nous pouvons sortir maintenant du vague et essayer d'établir d'une façon aussi précise que possible les causes qui déterminent une pareille luxation.

Dans la majorité des cas, l'accident a été produit par une violence extérieure, le plus souvent une chute, sur le moignon de l'épaule, agissant par conséquent indirectement. Dans toutes les chutes sur le moignon de l'épaule, la clavicule se trouve comprise entre le poids du corps augmenté de la vitesse de la chute et la résistance du sol. Il peut donc arriver ou qu'elle se fracture ou qu'elle se luxe sur l'acromion ou le sternum. On sait que tout mouvement exécuté par la partie externe de la clavicule se traduit à l'extrémité interne par un mouvement en sens inverse, c'est-à-dire que si l'on abaisse l'épaule, l'extrémité interne de la clavicule s'élève et *vice-versâ* (1). Si donc l'épaule vient à être fortement

(1) C'est par un mécanisme analogue qu'est produite la luxation en avant : la projection

abaissée, son extrémité interne tend à se relever et d'autant plus que la violence extérieure aura été plus considérable, et si cette violence a été assez forte, nul doute que les ligaments capsulaires et même l'interclaviculaire étant rompus, l'extrémité interne ne se porte en haut. Malgaigne pense que, pour réaliser un tel traumatisme, il faut un choc puissant qui porte l'épaule à la fois en bas, en dedans et peut-être aussi un peu en avant. Cette triple impulsion ne peut évidemment que favoriser la production du déplacement, mais n'est peut-être pas indispensable. Elle paraît très évidente dans un cas rapporté par Malgaigne, observé dans le service de Velpeau. Morel-Lavallée qui a rapporté aussi le fait l'a rangé parmi les luxations en arrière avec déplacement consécutif en haut, bien qu'il n'y eût aucun des signes de la luxation en arrière.

### OBSERVATION III

« Careron, 39 ans, maçon, était incliné vers la terre pour caler la roue d'une lourde voiture qu'on faisait reculer en agissant alternativement d'un côté et de l'autre. Il était à gauche et venait de placer la cale quand, au moment où il se redresse, le cheval continuant son effort lui abat un des brancards sur la partie postérieure et externe de l'épaule gauche. En même temps l'épaule droite et le côté droit du corps sont pressés contre un poteau d'une barrière voisine. Après une perte de connaissance de cinq minutes, douleur très vive au niveau de la fourchette sternale et impuissance du bras.

» Le lendemain, il est assis dans son lit, soutenant le membre supérieur gauche demi-fléchi avec l'autre main. Les mouvements du cou, la respiration, la déglutition, la circulation sont dans l'état normal. L'épaule est abaissée et rapprochée de la ligne médiane. L'extrémité interne de la clavicule a quitté sa place et forme une tumeur apparente au-dessus et un peu en avant de la fourchette sternale. Le chef interne du sterno-mastoïdien est infléchi au devant de cette tumeur.

---

en arrière de l'épaule fait saillir en avant la tête de la clavicule. Tel le cas bien connu observé par Boyer : il s'agissait d'une jeune personne à qui son maître de danse portait brusquement les épaules en arrière pour l'habituer à se présenter avec grâce.

» Si l'on porte l'épaule :

» 1° *directement en dedans :* l'extrémité luxée chemine sans presque faire de relief, au-dessus de la fourchette sternale, derrière le chef interne du sterno-mastoïdien et s'avance jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise de plusieurs millimètres en haut et en avant. Une très légère pression suffit pour produire ce mouvement qui s'opère sans douleur.

» 2° *obliquement en dedans et en arrière :* la tête de l'os luxé descend au devant du sternum jusqu'à l'autre clavicule qu'elle croise.

» 3° *obliquement en avant, en dedans et en haut :* la tumeur se déplace peu.

» 4° *obliquement en dehors, en arrière et en haut :* réduction facile par la moindre traction, mais reproduction plus facile encore.

» On porte le coude en avant, l'avant-bras fléchi et la main appliquée sur l'épaule saine,et cette attitude qui produit la réduction est maintenue pendant 50 jours avec le bandage dextriné. Au bout de ce temps on trouve l'extrémité de l'os gonflée, un peu portée en dedans et en haut, mais unie au sternum avec la plus grande solidité. »

Velpeau et Morel-Lavallée virent dans ce cas une luxation en arrière. Ils se fondaient pour établir leur diagnostic sur la syncope qui avait suivi l'accident, sur la douleur rétro-sternale et principalement sur la direction bien déterminée de la cause qui avait poussé l'épaule à la fois en avant, en dedans et en haut.

Mais, d'un autre côté, il faut remarquer que, dans les mouvements imprimés à l'épaule, l'extrémité claviculaire se portait en avant, en dedans, en haut, mais ne s'engageait dans aucune circonstance derrière le sternum; dès lors, pourquoi la classer parmi les luxations en arrière ?

Cette observation est une preuve de ce que j'ai dit plus haut de la difficulté que peut offrir dans certains cas le diagnostic.

Une luxation en haut de l'extrémité interne peut-elle reconnaître comme cause unique l'action musculaire ? On sait que, pour certaines luxations, cette cause est vulgaire; l'action musculaire suffit pour produire des luxations de la mâchoire, mais, pour celle

qui nous occupe, aucun exemple n'a été encore rapporté et personne n'en signale la possibilité. Il me paraît difficile, en effet, de songer que l'action du sterno-cléido-mastoïdien qui, lorsqu'il prend un point fixe sur l'apophyse mastoïde, élève le sternum et la clavicule et agit ainsi dans les grandes inspirations, puisse être exagérée à ce point de rompre la résistance des ligaments.

En résumé, il y a lieu d'admettre comme causes déterminantes les violences extérieures seulement, agissant le plus souvent à distance et d'une façon indirecte. La rareté de la luxation en haut peut s'expliquer par ce fait que lorsque l'épaule est abaissée, chose nécessaire pour que l'extrémité sternale se porte en haut, tous les ligaments sont tendus, sauf le costo-claviculaire qui est le plus résistant. Or, l'état de relâchement de ce ligament ne contribue pas à en favoriser la rupture.

### Symptomatologie.

D'après Follin (*loc. cit.*) les symptômes de la luxation en haut ressemblent à ceux de la luxation en arrière. C'est une erreur qui résulte de l'opinion de Morel-Lavallée que la luxation succède toujours à un déplacement en arrière. Il serait plus exact de dire avec Edm. Andrews (*loc. cit.*) qu'ils rappellent dans leur ensemble ceux de la luxation en avant, sauf en ce qui regarde la tête de l'os. Du reste, ainsi que je l'ai dit déjà, la luxation en haut est rarement pure, elle s'accompagne très souvent d'un déplacement en avant, et certains cas de luxation en haut sont rangés sous ce titre bien qu'il y eût en même temps déplacement en avant, parce que le déplacement en haut était le plus marqué.

Des symptômes, les uns sont ceux de toute luxation, les autres sont spéciaux à celle-ci ; toutefois, en suivant la division classique, bien qu'elle ne soit pas à l'abri de tout reproche, nous admettrons :

1° Des signes commémoratifs ;

2° Des signes rationnels ;

3° Des signes sensibles.

Il nous faut maintenant étudier avec quelques détails chacun des signes fournis.

I. Commémoratifs. — Ils apprennent si l'accident a été produit par un coup, une chute, une contraction musculaire. Cette dernière cause n'a jamais été notée pour la luxation en haut. Enfin ils mettent le chirurgien au courant des circonstances exactes au milieu desquelles est arrivé l'accident.

Le bruit de craquement, produit par la rupture des ligaments, que les assistants et le blessé lui-même ont pu très exceptionnellement entendre, n'a pas été perçu dans la luxation qui nous occupe. Il n'a pas d'ailleurs une grande importance.

Ce premier ordre de signes ne fournira, on le voit, rien ou presque rien d'utile au diagnostic.

II. Signes rationnels. — Ce sont :

La douleur,

L'impuissance du membre,

La contusion et l'ecchymose,

Le gonflement des parties molles.

*a. Douleur.* — Son intensité est très variable, comme on devait s'y attendre, suivant le plus ou moins de courage ou de sensibilité des sujets et la violence extérieure. (Dans certains cas elle a pu être assez forte pour amener la syncope). Elle paraît toutefois avoir été assez constante et il a toujours suffi pour la faire naître ou l'exagérer d'imprimer des mouvements à la tête ou au bras. Elle siège au niveau de la fourchette sternale et dans le cas de Malichecq (Obs. IX) elle s'irradiait dans toute l'étendue de l'épaule.

La douleur prend un caractère spécial d'intensité quand le déplacement est très marqué ; et, la tête de la clavicule comprimant la trachée et l'œsophage, on peut noter trois nouveaux

symptômes : *raucité* de la voix et même *aphonie, dyspnée, dysphagie,* contrairement à l'opinion de Malgaigne qui pensait que la résistance du sterno-hyoïdien empêche la tête de la clavicule de s'enfoncer vers la trachée et que, par suite, la respiration et la déglutition ne sont jamais gênées dans la luxation en haut. Dans le fait de R. W. Smith que j'ai rapporté plus haut (Obs. II) ces trois symptômes existaient. Ils étaient à leur maximum lorsque le malade était assis et diminuaient dans le décubitus. Voici un autre cas où ces symptômes ont été notés aussi. Il est dû au Dr Rochester de Buffalo qui l'a communiqué à l'Association médicale de cette ville dans une de ses séances de septembre. Il a été publié dans le *Buffalo medical journal,* et j'en emprunte le résumé au *Traité des fractures et luxations* de Hamilton.

## OBSERVATION IV

« Jerry Mc. Auliffe, 44 ans, était, le 28 août 1858, assis en haut d'une charrette chargée de bois, quand il fut pris sous la traverse d'une porte cochère et violemment pressé : l'épaule droite fut fortement repoussée en qas et un peu en arrière. Le Dr Rochester vit le blessé peu après l'accident. L'extrémité sternale de la clavicule droite était remontée au point de se trouver en rapport avec la face antérieure du cartilage thyroïde, ce qui déterminait une douleur extrême, de la gêne respiratoire et de l'aphonie. Réduction aisée : on appliqua immédiatement un appareil contentif consistant en une attelle de gutta percha, modelée sur la clavicule et les côtes et maintenue en place par des bandelettes adhésives. On employa aussi pour assurer le repos absolu, un bandage approprié, une écharpe, etc...

« Malgré toutes les précautions prises, l'os se déplaça de nouveau, et quand le blessé, près de 4 mois après l'accident, se présenta à la Clinique de l'Hôpital des Sœurs de la Charité, nous trouvâmes l'extrémité sternale de la clavicule remontée de 12 millimètres : elle s'était rapprochée du côté opposé d'environ la même distance et faisait une certaine saillie en avant. Elle était fixée dans cette situation par des ligaments qui lui permettaient de se mouvoir plus librement qu'à l'état normal, tout en s'opposant à un trop grand déplacement. L'épaule correspondante était légèrement abais-

sée. Mc. Auliffe disait n'éprouver ni gêne, ni faiblesse dans le bras, si ce n'est lorsqu'il voulait soulever un corps pesant au-dessus de la tête. »

Il faut noter dans cette observation l'étendue extraordinaire du déplacement, les symptômes spéciaux, dyspnée et aphonie et surtout ce point important qu'à la suite d'une telle lésion le malade a pu garder l'usage du membre supérieur en ne conservant comme souvenir de l'accident qu'une difformité sans importance.

Je reprends l'exposé des signes rationnels.

*b. Impuissance du membre.* Les mouvements du bras ne sont pas en général totalement abolis, mais ils sont très difficiles et très douloureux. Aussi le malade se sert-il, comme l'a noté Macfarlane (Obs. VII), de l'avant-bras et de la main, mais il immobilise l'épaule et ne peut exécuter de mouvements étendus. Par suite de cette impotence fonctionnelle, le malade incline la tête du côté luxé et place le bras dans une position analogue à celle qu'il a dans les fractures de la clavicule. Parfois il tient le bras du côté luxé dans la demi-flexion et soutient l'avant-bras avec la main du côté sain.

*c. Contusion et ecchymose qui en est la suite.*— Chez le malade de Sédillot (Obs. V) il y avait quelques traces de contusion ; Baraduc (Obs. VI) a soin de noter qu'il n'y avait pas la plus légère ecchymose : les autres observateurs n'en parlent pas, et il est à croire qu'ils n'eussent pas laissé de côté un signe aussi appréciable. On peut donc dire que le plus souvent l'ecchymose manque dans cette luxation.

*d. Gonflement des parties molles.* — Il paraît avoir été faible ou même avoir manqué complètement. Edm. Andrews (Obs. XVI et XVII) dit que dans un des cas qu'il a observés « il n'y avait pas de gonflement marqué » ; il a semblé à Baraduc « qu'il y avait un peu de liquide épanché autour des surfaces articulaires. » Je n'ai pas noté non plus de gonflement chez mon malade.

III. Signes sensibles. — On pourra remarquer que le gonflement et l'ecchymose sont plutôt des signes sensibles que des signes rationnels ; je les ai laissés parmi les seconds, à l'exemple de Follin, parce qu'ils n'ont qu'une médiocre importance, tandis que les signes physiques ont une grande valeur.

Ces signes sont :

La déformation,

La mobilité anormale,

La crépitation.

*a. Déformation.* — Du côté du moignon de l'épaule d'abord : on constate que l'épaule est abaissée, déprimée, portée en avant et rapprochée de la ligne médiane. Dans le cas de Sédillot l'angle supérieur et externe de l'omoplate était porté en bas, en avant et de 2 à 3 lignes en dedans, pendant que son angle inférieur, plus rapproché du rachis, soulevait les téguments.

Du côté du sterno-mastoïdien : le faisceau externe entraîné en haut par l'ascension de la tête claviculaire est relâché, le faisceau sternal au contraire est tendu.

Du côté de l'articulation : on trouve en avant de la trachée une petite tumeur dure, osseuse, faisant corps avec la clavicule. Cette tumeur proémine en haut, faisant, si le déplacement est incomplet, saillie entre l'attache sternale et l'attache claviculaire du sterno-cléido-mastoïdien. Si le déplacement est complet, c'est au-dessus du bord supérieur du sternum qu'on sentira une tumeur osseuse qui peut être en contact avec le sternum ou bien s'en écarter de quelques centimètres. Cette tumeur est mobile sous le doigt quand on fait exécuter des mouvements à l'épaule. Si on presse sur la tête de la clavicule elle se laisse, suivant l'expression de Tillaux, déprimer comme une touche de piano. Je ne vois pas, pour ma part, de comparaison qui rende mieux que celle-là la sensation que j'obtenais en essayant de remettre à sa place la tête claviculaire luxée chez mon malade.

Sous la clavicule, entre elle et le premier cartilage costal, existe une dépression à la partie interne de laquelle le doigt peut sentir la cavité sternale vide.

La direction de la clavicule est modifiée ; elle se porte obliquement en bas et en dehors.

La tête de la clavicule empiétant sur la fosse sus-sternale quand le déplacement est complet, il doit en résulter une diminution correspondante de l'intervalle qui existe entre le sommet de l'épaule et le centre du sternum. Or, par la mensuration, on a constaté que la distance entre le sommet de l'épaule et la ligne médiane était moindre du côté affecté que du côté sain. Il y avait un demi-centimètre de différence dans le cas de Robson (Obs. XIX).

*b. Mobilité anormale.* — C'est un excellent signe : je l'ai décrit en même temps que la déformation. Il consiste dans la possibilité d'imprimer à la tête de la clavicule des mouvements que l'intégrité de l'articulation n'eût pas permis de lui communiquer.

*c. Enfin, le bruit de crépitation.*— C'est un bruit de frottement sourd, bien distinct de la crépitation rude et sèche des fractures. Il est produit par le frottement de la tête luxée contre le sternum. C'est un signe qui peut manquer, mais qui, le plus souvent, est facile à percevoir, soit qu'on fasse exécuter au sujet des mouvements de la tête ou du bras, soit qu'on cherche à réduire l'extrémité luxée.

Pour compléter cette étude des symptômes je ne puis mieux faire que de citer les observations connues de cette luxation. On remarquera que certains symptômes, dyspnée, dysphagie, aphonie, c'est-à-dire ceux qui tiennent à la compression de la trachée et de l'œsophage par l'extrémité luxée ne se sont présentés que rarement et paraissent devoir être plus fréquents dans la luxation en arrière. Il semble qu'il faut, pour qu'on les constate dans la

luxation en haut, que l'extrémité claviculaire soit portée en même temps un peu en arrière.

## OBSERVATION V

Elle est de Sédillot. C'est la deuxième qui ait été publiée. Sédillot l'a décrite dans le *Dict. des études méd. pratiques* et dans son livre *Contrib. à la chir.*, t. I. Morel-Lavallée la mentionne également dans son *Essai sur les lux. de la clavic.* Elle est intitulée : « Luxation en haut de l'extrémité interne ». — « Il ne sera pas sans intérêt de citer une observation dont j'ai été témoin et qui a été recueillie par le Dr Vital, un de nos jeunes médecins militaires les plus distingués. C'était, il est vrai, une luxation incomplète, mais le fait n'en est pas moins important. Un sous-officier de vétérans, Mendez, entra au Val-de-Grâce le 25 octobre 1835; ce malade, retournant la veille à son quartier, était tombé dans une fosse d'une trentaine de pieds de profondeur dont on extrayait la terre glaiseuse avec laquelle on lute les poêles; l'épaule droite porta la première, cependant ce militaire se releva immédiatement; il ne souffrait pas, mais le moindre mouvement de la tête ou du bras droit faisait entendre un craquement assez manifeste et causait de la douleur. L'épaule droite présentait des traces de contusion ; elle était légèrement déprimée, et l'angle supérieur et externe de l'omoplate était porté en bas, en avant, et de 2 à 3 lignes en dedans, pendant que son angle inférieur, plus rapproché du rachis, soulevait les téguments. On découvrit, entre l'attache sternale et l'attache claviculaire du sterno-mastoïdien, une saillie osseuse formée par l'extrémité sternale de la clavicule. Le faisceau interne du sterno-mastoïdien était tendu, et le faisceau externe relâché; la tête était inclinée du côté malade. Après l'application d'un bandage contentif, la douleur disparut, et les mouvements recouvrèrent leur liberté, mais la clavicule resta plus élevée que l'autre de 3 à 4 lignes et située sur un plan un peu antérieur. »

## OBSERVATION VI

*Luxation en haut de l'extrémité interne de la clavicule gauche.*

« Gabriel Paris, 43 ans, passementier, natif de Lyon, demeurant barrière de Montreuil, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, salle Saint-François, nº 10, le 4 octobre 1839.

» Dans une lutte, il a été violemment renversé sur le sol, le moignon de l'épaule gauche et le côté correspondant de la tête ont frappé la terre : dans la chute le choc le plus intense a été supporté par l'épaule, tandis que, par un mouvement de rotation de gauche à droite, la tête cherchait à s'y soustraire. Néanmoins, dans cette position, l'étendue existant entre l'épaule et la tête fut augmentée par l'inclinaison forcée de cette dernière à droite.

» L'extrémité interne de la clavicule est placée au-dessus du bord supérieur du sternum sur lequel elle appuie ; le doigt étant promené de droite à gauche sur ce bord vient heurter une saillie, dont la hauteur est mesurée par l'épaisseur de l'extrémité interne de la clavicule. En faisant fléchir assez fortement la tête du malade sur la poitrine et déprimant la peau dans l'espace en forme de V situé entre les tendons des muscles sterno-mastoïdiens, on sent une surface lisse, triangulaire, qui regarde à droite, et dont la position est perpendiculaire au bord supérieur du sternum avec lequel cette surface forme un angle droit. Le tendon du sterno-mastoïdien gauche est projeté en avant par l'extrémité interne de la clavicule sur laquelle il s'aplatit en formant une courbure légère ; la concavité de cette courbure embrasse, de bas en haut, le tiers antérieur de la circonférence de l'extrémité claviculaire. En arrière, la clavicule se trouve cernée par le sterno-hyoïdien, d'où il résulte que l'extrémité interne de l'os luxé est logée dans une anse formée : en avant, par le tendon du sterno-mastoïdien, en bas, par le bord supérieur du sternum et, en arrière, par le sterno-hyoïdien. L'ouverture de cette anse regarde en haut.

» Au-dessous du tiers interne de la clavicule, il existe une dépression très évidente que l'on augmente considérablement en exerçant sur la peau une pression modérée. L'enfoncement ainsi obtenu permet de constater ses limites formées supérieurement par la clavicule, inférieurement par la première côte, en dedans par la facette du sternum s'articulant avec la clavicule ; en dehors la dépression diminue de hauteur et devient insensible à deux pouces environ du sternum. Le fond de cette dépression n'offrant au doigt d'autre résistance que celle qui est fournie par la peau, il est presque certain que le muscle sous-clavier est rompu. La rupture du ligament costo-claviculaire paraît démontrée par le défaut de résistance que nous venons d'indiquer et l'écartement d'un pouce environ qui existe entre la première côte et la face inférieure de la clavicule.

» Le ligament interclaviculaire forme un cordon oblique de droite à

gauche et de bas en haut, en raison du rapprochement de l'extrémité sternale de la clavicule gauche de l'extrémité correspondante de la clavicule droite. Ce cordon est facilement dépressible et permet d'explorer la surface articulaire de la clavicule luxée. Le faisceau sternal du muscle mastoïdien est dur, tendu, assez fortement contracté, tandis que le faisceau claviculaire du même muscle se laisse déprimer d'une manière sensible dans sa partie inférieure.

» La peau ne présente pas la plus légère ecchymose; cependant il semble qu'un peu de liquide soit épanché autour des surfaces articulaires. Les mouvements de l'épaule sont impossibles; la douleur est peu vive.

» Le malade étant d'une constitution forte, une saignée de dix-huit onces lui est pratiquée.

» La réduction est opérée ainsi : la tête du malade est fléchie sur la poitrine; une main appliquée sur la partie externe du coude gauche pousse le membre en dedans, pendant que l'autre main, placée à la partie interne et supérieure du bras, porte celui-ci fortement en dehors, et forme en même temps un point d'appui sur lequel la partie supérieure du bras bascule et entraîne l'épaule en dehors. Par ce mouvement, l'extrémité interne de la clavicule facilement dégagée tombe en produisant un léger bruit; elle se trouve alors dans ses rapports normaux.

» Toute difformité a disparu; les mouvements sont possibles, mais douloureux : le déplacement ne se reproduit pas. Le bandage cubito-claviculaire est appliqué; le tampon est fixé aussi près de l'extrémité interne de la clavicule que le permet la conformation des parties environnantes; la bande motrice est placée de telle sorte que ses chefs antérieur et postérieur se renversent sur les parties correspondantes du bandage cubito-claviculaire, à quelques pouces au-dessous du tampon, pour gagner le côté droit de la poitrine et y être noués ensemble sur cette région.

» Tous les deux jours la bande motrice est dénouée pour être resserrée de nouveau.

» Le 21 octobre le bandage est enlevé : il n'existe pas la plus légère difformité; les mouvements sont un peu roides, néanmoins le malade sort de l'hôpital, après avoir promis de laisser pendant une dizaine de jours le membre dans un état de repos, pour lui imprimer ensuite des mouvements gradués. »

Cette observation, la troisième publiée, est due à Baraduc

(*Thèse de Paris,* 1842). Elle donne, avec celle de Sédillot, les signes principaux de la luxation, à l'exception toutefois de ceux qui résultent de la compression de la trachée et de l'œsophage et on peut dire avec Morel-Lavallée de la luxation en haut que « restée jusqu'ici inconnue, le hasard a voulu qu'elle se montrât d'abord sous ses deux formes les plus importantes, incomplète et complète, et que son histoire sortît, pour ainsi dire, toute faite des deux premières observations. » (Morel-Lavallée, *loc. cit.*)

## OBSERVATION VII

Publiée dans *Edinburgh med. and. surg. journal,* vol. XLVII, p. 3, elle a été traduite dans la *Gazette méd. de Paris* du 6 mai 1837, p. 283. A l'article : « Cliniques étrangères; faits chirurgicaux observés à l'infirmerie royale de Glascow, depuis le 1er mai 1835 jusqu'au 1er août 1836, par M. John Macfarlane, chirurgien senior de l'hôpital, » on trouve plusieurs observations dont une intitulée : Luxation en haut et en arrière de l'extrémité sternale de la clavicule.

« Un laboureur robuste, étant ivre, tomba d'un escalier sur l'épaule droite. Plusieurs de ses camarades, croyant qu'il s'était luxé le bras, exercèrent de violentes tractions sur cette partie dans le but de la réduire. Il pouvait se servir de son avant-bras et de la main, mais son épaule était impuissante. A son entrée à l'infirmerie, deux jours après l'accident, on crut au premier coup d'œil à une fracture de la clavicule. Un examen attentif fit reconnaître que l'extrémité interne de cet os était luxée : elle était placée en arrière, immédiatement au-dessus et en contact avec le bord supérieur du sternum, se présentant sous la forme d'une tumeur mobile sous les impulsions de l'épaule : en mettant un genou entre les épaules et en poussant ces parties, la tumeur proéminait en avant. D'ailleurs on pouvait suivre pas à pas la clavicule avec les doigts depuis l'épaule jusqu'à la tumeur : la direction de cet os était changée.

» On remarquait distinctement une cavité creuse à l'endroit de l'articulation sterno-claviculaire : l'épaule était plus basse que l'autre et elle tombait en avant; mais les fonctions de la respiration et de la déglutition n'étaient pas altérées; l'extrémité osseuse n'étant pas poussée assez en arrière pour comprimer la trachée ou l'œsophage. Le traitement a consisté

à soutenir l'épaule avec l'appareil claviculaire de Desault. Il a été impossible de maintenir très exactement les os dans leurs rapports naturels. »

L'auteur ne dit rien de l'état du malade après le traitement ; il pense que si les symptômes de compression de la trachée et de l'œsophage ont manqué, c'est que son homme n'avait probablement éprouvé, en tombant sur l'épaule, qu'un déplacement antisternal, la tête s'étant consécutivement déplacée et logée dans la fossette sus-sternale.

Cette manière de voir paraît très juste au rédacteur de la *Gazette médicale*, il pense qu'on doit regarder cette luxation comme une luxation antéro-supérieure, tandis que Morel-Lavallée, qui rapporte aussi ce cas, le classe dans les luxations en arrière et en haut.

## OBSERVATION VIII

Malgaigne (*loc. cit.*), après avoir cité quatre cas de luxation en haut, dit:

« Tout récemment, j'ai eu à traiter à l'hôpital Saint-Louis un blessé du même genre, et chez lequel la position de la clavicule luxée fut constatée de la manière la plus précise. Le malade, heurté par un timon de charette, était allé tomber à distance sur la face externe de l'épaule. Je regarde la contention exacte de cette luxation comme à peu près impossible; pour mon compte, après quelques tentatives infructueuses, j'engageai mes internes à essayer tous les moyens qui leur paraîtraient propres à atteindre ce but si difficile; il en est résulté une étude fort bien faite de l'influence des mouvements du bras et de l'épaule sur le degré du déplacement; mais tous leurs efforts ne rendirent pas la contention plus exacte.

» Heureusement qu'un peu de déplacement dans ce sens ne nuit pas sensiblement aux fonctions de la clavicule; j'ai fait visiter mon blessé près de six mois après son accident; la tête claviculaire était située à 5 millimètres plus haut et 5 millimètres plus en dedans que l'autre; néanmoins tous les mouvements s'effectuaient sans douleur, et au dire du malade avec autant de liberté et de force qu'auparavant. »

## OBSERVATION IX

Insérée dans la *Revue médico-chirurgic. de Paris,* mai 1854 t. 15-16 page 312, sous le titre : *Luxation sterno-claviculaire en haut,* par M. Malichecq, D-M à Mont-de-Marsan.

« Jeanne Money, 38 ans, cuisinière à Mont-de-Marsan, était, le 27 septembre 1852, occupée à cueillir des figues, quand elle fit une chute en arrière sur l'épaule gauche de un mètre environ de hauteur. Appelé d'abord après l'accident, voici ce qui s'offrit à mon examen : la femme se plaint de vives douleurs dans toute l'étendue de l'épaule gauche et jusque vers l'extrémité supérieure du sternum, et ne peut s'aider du membre correspondant qui se trouve à peu près dans cette position que l'on observe à la suite des fractures de la clavicule ; les différents mouvements en sont difficiles ou impossibles. L'extrémité interne de la clavicule gauche est mobile dans tous les sens, formant en haut une forte saillie, au-dessus de la facette articulaire correspondante du sternum ; en la poussant de ce côté pour la faire revenir à sa place, la main perçoit un petit bruit de craquement dû à la rencontre des inégalités des surfaces articulaires ; la luxation est complète, et la tête de la clavicule s'élève à 2 ou 3 centimètres au-dessus du bord supérieur du sternum. Il n'existe aucune lésion à l'épaule correspondante.

» La réduction de la luxation s'obtient sans la moindre difficulté, mais le déplacement se reproduit aussi facilement. Pour maintenir la réduction, voici l'appareil bien simple que je mis en usage et que je conseille d'employer, surtout dans les petites localités où, en pareille circonstance, l'on se procure difficilement ce qui est nécessaire.

» Je fixe une serviette en forme de ceinture autour de la base de la poitrine, je remplis le triangle ou creux sus-claviculaire d'une forte couche de ouate qui doit déborder un peu en avant de l'articulation sterno-claviculaire luxée ; je place ensuite le milieu d'un mouchoir plié en carré long sur la couche de ouate, en fixant les deux bouts au bandage de corps, l'un en avant et l'autre en arrière, avec soin de le tendre autant que faire se peut, pour empêcher la tête de la clavicule de se porter en haut. Pour plus de solidité, on peut appliquer le milieu d'un long mouchoir plié en cravate sous l'aisselle ; croiser les deux chefs au-dessus de la clavicule luxée par dessus la ouate et le premier mouchoir, et lier les deux extrémités sous l'aisselle du côté opposé.

» L'appareil fut maintenu en place pendant 15 jours, avec le bras porté en écharpe et dans le repos absolu, et la guérison fut obtenue. Huit mois plus tard, je revois la femme Money qui se sert du bras comme avant l'accident; cependant la tête de la clavicule qui avait été luxée reste plus saillante en haut que du côté droit, quoiqu'elle paraisse assez solidement fixée dans sa position pour ne pas subir de déplacement. Dans cette luxation, la guérison définitive a été mieux obtenue que je ne l'avais espéré. »

## OBSERVATION X

Je l'emprunte au journal *le Montpellier médical,* année 1863, t. X. *Luxations de la clavicule :* observations et réflexions, par M. Triadou, interne à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi de Montpellier. Recueillies en 1862. La première observation est intitulée : *Luxation incomplète en haut et en avant de l'extrémité interne de la clavicule droite.*

« B. F..., berger, d'une constitution vigoureuse, couché au n° 8 de la salle Saint-Eloi, est entré le 20 novembre à l'hôpital Saint-Eloi dans le service de M. le professeur Alquié. Cet homme, 4 jours auparavant, cherchait à décharger un tonneau de vin contenant 700 litres, en l'attirant sur le derrière de la voiture qui le portait, lui-même reposant sur le sol, lorsque, la charrette basculant tout à coup en arrière, l'homme tombe en avant, son bras droit appuyant sur le bord du talon de la charrette, et le tonneau roule obliquement de droite à gauche sur le dos du malade. On remarquera que l'épaule droite, appuyée en avant par l'intermédiaire du bras, tandis que la gauche restait libre, a dû éprouver une forte impulsion en arrière, la gauche étant, au contraire, portée en avant.

» Le malade incline la tête du côté luxé; la douleur locale est très vive, les mouvements du bras très difficiles. L'extrémité interne de la clavicule fait en avant et en haut une saillie marquée; sa tête fait un relief considérable au-dessus de la fourchette du sternum et un peu en avant; enfin le faisceau cléido-mastoïdien a été entraîné en haut, tandis que le faisceau sterno-mastoïdien a été repoussé en arrière. La tête, ainsi enclavée entre ces deux faisceaux musculaires, n'a pu être réduite malgré tous les efforts énergiques de traction en dehors et en arrière exercés sur l'épaule, en même temps qu'on pressait fortement d'avant en arrière sur la tête luxée. On a dû se contenter d'un bandage contentif pour dissiper la douleur. La clavicule est restée plus élevée que l'autre de 4 à 5 lignes et située sur un plan

antérieur. Le malade est sorti de l'hôpital après 40 jours de séjour, ayant recouvré la liberté de ses mouvements, quoique la luxation persistât encore. »

Voilà une observation très intéressante, car c'est un des cas rares où la réduction n'a pu être obtenue. « Il est regrettable, dit M. Polaillon (*loc. cit.*), que cette observation n'ait pas été donnée avec des détails assez circonstanciés pour que la cause de l'irréductibilité soit hors de doute. Comment, en effet, la tête claviculaire a-t-elle pu s'enclaver ou s'étrangler entre les deux faisceaux du sterno-mastoïdien, ce qui suppose un déplacement très étendu, puisque l'auteur considère sa luxation comme incomplète? Comment, d'une autre part, cet enclavement a-t-il pu avoir lieu, puisque le faisceau sternal, d'après l'auteur, avait été refoulé en arrière? Il y a là des circonstances qui paraissent ne pas pouvoir se concilier. Quoi qu'il en soit le fait reste, à savoir l'irréductibilité possible des luxations sternales en haut. »

## OBSERVATION XI

Je regrette de n'avoir pu me procurer cette observation communiquée par Vanverts à la Société de médecine du Nord et publiée dans le *Bulletin médical du Nord,* t. XVI, n° 3 ; car c'est le second cas où la réduction n'a pu être obtenue.

Hamilton (*loc. cit.*) mentionne brièvement le cas : « La luxation, produite par un coup porté sur le côté de la poitrine, ne put être réduite. »

## OBSERVATION XII

Après avoir cité le cas « fort extraordinaire » du Dr Rochester (Obs. IV) Hamilton (*loc. cit.*) ajoute :

« En avril 1870, j'ai observé un cas analogue chez une femme de 50 ans, tombée neuf semaines avant sur l'épaule. La luxation avait, au premier moment, été méconnue par le chirurgien traitant. Quand je vis la malade, l'os était absolument fixé dans sa nouvelle position. »

## OBSERVATIONS XIII, XIV, XV

Ces trois faits sont indiqués par Thomas Bryant dans *A manual for the practice of surgery*, t. II. Le premier surtout est intéressant, car il s'agit d'une luxation double. En voici la traduction :

« La luxation en haut est très rare. Malgaigne en a rapporté quatre cas (1), Hamilton un autre, décrit par le Dr Rochester de Buffalo (2) et le Dr R. W. Smith, un sixième. En 1865 j'eus à traiter un cas semblable. Il s'agissait d'une jeune femme, une modiste, âgée de 20 ans, qui, deux ans auparavant, avait été fortement pressée dans une foule, la pression exercée causant une douleur qui s'était fait sentir à la partie supérieure de la poitrine. Elle fut soignée chez elle et guérit, avec une déformation cependant, pour laquelle elle vint me consulter. En examinant le thorax, on voyait que les deux clavicules reposaient sur le bord du sternum, derrière les chefs sternaux des muscles sterno-mastoïdiens et, par la pression la plus légère sur les épaules, on pouvait amener les deux têtes claviculaires au contact. En attirant les épaules en arrière, on pouvait séparer les os et les reporter dans ce qui semblait être leur position normale, mais aucun moyen ne pouvait les y maintenir. La malade exécutait facilement les mouvements avec ses bras et se livrait à ses occupations ordinaires.

» J'ai observé un second cas chez un homme de 35 ans. La luxation avait été produite par une chute sur l'épaule.

» Au musée de Guy's Hospital, se trouve une pièce ($1292^{90}$) montrant une luxation de l'extrémité sternale en haut et en avant. »

## OBSERVATION XVI

Le Dr Shaw, de Pittsburg, a publié un fait survenu chez un adulte. Il est cité dans le *Méd. Record.* aug. 18, 1877, que je n'ai pu me procurer.

---

(1) L'auteur doit faire erreur, car Malgaigne (*Traité des fractures et des luxations*, t. II, Paris, 1855) écrit ceci à la page 426 en parlant de la luxation en haut :

« J'ai pu en réunir cinq observations, dont quatre chez des hommes. »

(2) Nous venons de voir que Hamilton en a mentionné deux cas ; celui de Rochester et un autre observé par lui.

## OBSERVATIONS XVII et XVIII

Dans l'article consacré aux luxations qu'il a publié dans l'*Encyclopédie* de Gosselin, t. IV, Edmond Andrews, professeur de chirurgie clinique au collège médical de Chicago, chirurgien de l'hôpital de la Merci de cette ville, annonce qu'il a observé deux faits, mais n'en rapporte qu'un seul. Voici la traduction qu'en a donné le Dr Poinsot, ancien professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux.

« Chez une jeune dame de Chicago, qui portait une luxation de ce genre, je réussis à force de soins, à obtenir le rétablissement complet de l'articulation. L'accident avait été produit par une chute de voiture et je ne vis la blessée qu'au bout de plusieurs jours. A mon premier examen je constatai que l'extrémité sternale était déplacée de 2 centimètres et demi au-dessus de sa situation normale. Il n'y avait ni douleur vive ni gonflement marqué, mais l'os avait une tendance constante à se déplacer de nouveau lorsqu'on l'avait réduit.

» L'appareil consista en une compresse, pliée en plusieurs doubles, placée sur la tête de l'os et sur son tiers interne, et maintenue en place par de larges bandes de diachylon, d'environ 2 mètres de long, descendant en avant et en arrière du tronc jusqu'à la taille et se croisant l'une l'autre sur la compresse dans deux ou trois directions différentes. D'autres bandes de toile-dieu furent conduites obliquement en bas, sous le coude affecté, à partir de l'épaule opposée, pour porter le bras en haut et attirer l'épaule en dehors, ce dernier mouvement étant favorisé par l'emploi d'un coussin axillaire épais. La tête fut maintenue par un bandage dans la flexion en avant et dans la rotation vers le côté affecté, de façon à relâcher le muscle sterno-mastoïdien. Une écharpe servit à soutenir la main. L'appareil fut réappliqué à plusieurs reprises pendant une période de quatre semaines; on l'enleva à ce moment et la réduction demeura parfaite.

» De pareils résultats ne peuvent être obtenus d'une façon générale, en raison du caractère plus grave du traumatisme et de la susceptibilité de la peau qui, au niveau de l'os, ne saurait tolérer une pression continue. »

## OBSERVATION XIX

A. W. Mayo Robson, démonstrateur d'anatomie à l'Ecole de médecine de Leeds, rapporte le fait suivant dans le *British med. journal,* avril 1878, t. I, p. 481.

« Je fus appelé le 27 septembre 1877 pour voir un collégien de 15 ans; le messager me raconta que l'enfant avait eu l'épaule démise dans une chute qu'il avait faite en jouant au ballon. A mon arrivée, je le trouvai la tête inclinée du côté gauche et soutenant le bras du même côté avec la main droite, tout changement de position lui occasionnant une grande douleur. Ayant mis à nu la poitrine, le premier signe qui attira mon attention fut un aplatissement marqué de la région sous-claviculaire gauche. Je remarquai alors que l'épaule du même côté était déprimée, une saillie très-nette en avant de la trachée, juste au-dessus du sternum, l'absence de la saillie normale de l'articulation sterno-claviculaire gauche, sa place étant occupée par une dépression au fond de laquelle on pouvait toucher l'alvéole sternale vide. Le tendon du sterno-mastoïdien gauche était tendu comme la corde d'un arc et la distance entre le sommet de l'épaule et la ligne médiane était un peu moindre du côté affecté que du côté sain. Il n'y avait pas de dyspnée et une absence totale de crépitation. Je diagnostiquai une luxation en haut de l'extrémité sternale de la clavicule et les seuls accidents qui auraient pu la simuler étaient la séparation de l'épiphyse et la fracture : la dernière hypothèse était écartée par l'absence de crépitation et la première par ce fait que l'ossification n'envahit pas l'épiphyse avant la dix-huitième ou la vingtième année. La réduction fut aisément obtenue en attirant les épaules en arrière et en élevant le bras. J'attachai un mouchoir autour de chaque bras, près de l'épaule et je les attachai solidement ensemble par derrière, je plaçai un coussin dans l'aisselle, je portai le coude en dedans au moyen d'un bandage entourant la poitrine et enfermant le bras; je soutins le coude et l'avant-bras dans une écharpe, après quoi la poitrine reprit son aspect symétrique.

» Dans le traitement consécutif, il y eut une grande tendance de l'extrémité sternale à se porter en haut, et l'enfant étant extraordinairement remuant, quoique le traitement fût continué pendant trois semaines et un bandage en forme de 8 pendant une quinzaine de plus, à la fin encore de ce temps l'extrémité sternale resta environ un demi-pouce au-dessus de son niveau habituel, mais les fonctions du membre parurent n'être altérées en aucune façon. »

**Diagnostic.**

Il doit répondre à deux questions :

1° Reconnaître la luxation en haut de l'extrémité interne ;

2° La différencier des autres variétés de luxation de cette extrémité et des lésions qui pourraient la simuler.

Les signes d'une luxation en haut de l'extrémité interne sont, en général, tellement tranchés à cause de la position superficielle de l'os déplacé qu'il semble qu'on ne puisse confondre cette lésion avec aucune autre. C'est un diagnostic qui, comme on l'a dit, se fait réellement à distance.

La tête de la clavicule a quitté sa place normale, elle se porte en haut de façon que l'on sent, soit entre les deux chefs du sterno-mastoïdien, soit au-dessus de la fourchette sternale, une petite tumeur dure, osseuse, irrégulièrement arrondie, plus ou moins dépressible, faisant corps avec le reste de l'os. Au fond de l'espace existant entre la clavicule et le premier cartilage costal, le doigt qu'on enfonce peut sentir le vide de la cavité sternale. Faut-il, à côté de signes aussi tranchés, rappeler l'attitude de la tête, celle du membre supérieur, la douleur, la crépitation, l'impuissance du membre? Ils ne pourraient qu'égarer le diagnostic, car ils sont communs aux luxations et aux fractures.

On pourrait peut-être cependant confondre une luxation en haut avec une fracture, surtout avec une fracture qui siégerait très près de l'article, et je dois à la vérité de confesser que chez le malade que j'observai, avant même qu'on ne l'eût débarrassé de ses vêtements, le récit de l'accident, l'attitude du sujet m'avaient fait songer à une fracture. Il est vrai que le premier examen de la poitrine mise à nu dissipa mon erreur ; c'était une lésion que j'hésitais à qualifier, mais ce ne pouvait être une fracture.

Dans une fracture, en effet, outre qu'on ne trouvera pas sous le doigt la tumeur caractéristique faisant corps avec la clavicule,

n'a-t-on pas encore la dépression du fragment externe, la saillie et le chevauchement du fragment interne, la mobilité des deux fragments et la crépitation franche? Et l'ecchymose qui, si rare dans la luxation, ne fera pas souvent défaut dans la fracture. D'ailleurs, l'erreur, fût-elle commise, n'aurait pas d'inconvénients bien sérieux.

Peut on confondre cette luxation avec un abcès froid qui se développerait à la suite d'une lésion de la tête claviculaire? Si l'abcès est extra-thoracique, il y aura bien une tumeur faisant saillie à l'extérieur, mais ne ressemblant en rien à la tumeur dure, dépressible, mobile que nous avons signalée dans la luxation. Elle sera, au contraire, molle, empâtée, fluctuante. D'ailleurs le début et la marche de l'affection, l'examen de l'état général et, si besoin était, une ponction capillaire lèveraient tous les doutes.

Avec un anévrysme? Mais il a des caractères si tranchés qu'il est vraiment inutile d'indiquer les caractères qui le différencieraient de la lésion qui nous occupe.

Enfin on a pu confondre une luxation de l'extrémité interne avec une exostose. Il s'agissait, dit Malgaigne qui cite le fait, d'une luxation en avant. Une exostose peut, en effet, occuper la clavicule, et la tumeur arrondie, pédiculée, stalactiforme que l'on y trouvera pourrait peut-être faire commettre l'erreur. Mais ici encore n'a-t-on pas le début et la marche de l'affection, l'examen de l'état général du sujet, ses antécédents scrofuleux, syphilitiques, etc... et enfin le caractère de réductibilité n'appartient pas à l'exostose?

Il est parfois plus difficile de différencier entre elles les diverses variétés de luxation de l'extrémité interne. On se rappellera que :

Dans la luxation en avant, la tête de la clavicule est située en avant du sternum et souvent un peu en bas ; il y a une dépression au-dessus de cette saillie. La clavicule est dirigée en bas, en

avant et en dedans. Les mouvements sont difficiles, surtout ceux d'adduction et d'élévation combinés.

Dans la luxation en arrière, l'épaule est dirigée en avant, en dedans et elle est élevée ; la direction de la clavicule est oblique en bas, en dedans et en arrière. Le creux sus-claviculaire est diminué ou effacé complètement. On peut sentir la saillie formée par le rebord antérieur de la cavité sternale et une dépression du côté externe de cette saillie. L'extrémité externe de la clavicule est plus saillante en dehors. Enfin ajoutons que c'est ici surtout qu'on trouvera les symptômes de dyspnée, dysphagie et aphonie. A. Cooper cite même dans ses « Lectures on Surgery » un fait de luxation en arrière dans lequel un nouveau symptôme apparut : par suite de la compression exercée sur la sous-clavière par la tête claviculaire le pouls manqua à la radiale et la circulation dut se rétablir par les collatérales.

Quant à la luxation en bas on n'en a pas encore décrit qui ne fût mélangée d'une autre variété.

Je la laisserai donc de côté ainsi que la luxation en haut ; j'ai donné pour cette dernière les signes qui la font reconnaître.

### Pronostic.

Le pronostic n'est pas grave. Deux cas ont été suivis de mort, il est vrai, mais dans l'un (cas de Du Verney, obs. I) la blessée avait fait une chute considérable et la luxation s'était sans doute accompagnée de lésions plus sérieuses qui amenèrent la mort. Dans l'autre (cas de Smith, obs. II) l'auteur a soin de mentionner que son blessé présentait une lésion grave du pied.

Une terminaison fâcheuse n'est donc pas à redouter, mais reste un point important à éclaircir. Que deviennent les fonctions du membre à la suite d'une pareille lésion ? On comprend l'intérêt qui s'attache à la solution de cette question : le malade pourra-t-il, après un temps plus ou moins long, reprendre les travaux de sa

profession, ou bien devra-t-il, par la suite, traîner avec lui un membre inutile ? Les faits observés permettent de répondre à cette question d'une manière satisfaisante : tous les auteurs s'accordent à dire que les fonctions du membre supérieur n'ont été nullement troublées et que la guérison a été obtenue au bout d'un temps relativement court. Dans le cas même de Triadou (Obs. X) où la réduction n'a pu être obtenue, le membre avait recouvré la liberté de ses mouvements.

On peut donc hardiment suivre le conseil que donne Bryant (*loc. cit.*), affirmer au patient que les mouvements de son bras seront conservés. Toutefois, dans son propre intérêt, le chirurgien agira sagement en prévenant son malade qu'une difformité légère, mais sans inconvénient pour les fonctions du membre, sera probablement la conséquence de l'accident. Le fait de Baraduc qui dit avoir obtenu, à l'aide de son appareil, une guérison exempte de la plus légère difformité est tout à fait exceptionnel. J'en dirai autant de celui du Dr Andrews. Combien de malades consentiraient d'ailleurs, comme la jeune cliente du chirurgien de Chicago, à garder pendant quatre semaines un bandage maintenant la tête dans la flexion en avant et la rotation vers le côté luxé, pour éviter une difformité aussi légère ?

### Traitement.

Quelles sont les indications immédiates à remplir lorsqu'on se trouve en face d'un semblable accident ? Elles sont au nombre de deux et bien nettes, ce sont celles de toute luxation : rétablir les rapports des surfaces articulaires entre elles et maintenir la contiguïté de ces surfaces ; ou plus brièvement : 1° réduire la luxation ; 2° la maintenir réduite.

Or, si la première indication a pu presque toujours être facilement remplie, il n'en est pas de même de la seconde, et c'est pour y satisfaire que chaque chirurgien, pour ainsi dire, qui

s'est trouvé en face d'une pareille lésion a créé un appareil nouveau ou, tout au moins, modifié pour l'appliquer à un cas particulier les appareils qu'on avait inventés. C'est en effet ici le cas de répéter ce que dit Sédillot à propos des fractures de l'extrémité inférieure du radius (*Contrib. à la chir.*, t. I, p. 397) : « On peut hardiment affirmer qu'on s'occupe d'autant moins d'un sujet qu'il est plus connu et touche davantage à la perfection et dès l'instant qu'on accumule procédés sur procédés pour la cure d'une lésion, c'est que le vrai remède n'en a pas encore été découvert. »

Pour *réduire la luxation* il faut élever l'épaule, l'attirer en arrière et en dehors pendant que l'on presse en même temps de haut en bas sur l'extrémité interne de la clavicule. Un léger bruit de frottement produit par la rencontre des surfaces articulaires et la disparition de la déformation annonceront que le résultat a été obtenu.

Pour *la maintenir réduite,* et c'est ici l'écueil du traitement, il faut évidemment maintenir l'épaule dans la situation en haut, en arrière et en dehors qui a servi à réduire la luxation et presser de haut en bas sur la tête de la clavicule, de façon à la maintenir à sa place normale. Un coussin axillaire, la demi-flexion du membre supérieur et une écharpe soutenant l'avant-bras donneront le moyen de placer l'épaule dans la situation voulue; des compresses graduées appuyant solidement sur la tête de la clavicule la maintiendront à sa place.

C est dans le but de satisfaire à ces diverses indications que les appareils les plus variés ont été inventés. Ainsi Velpeau (Obs. III) maintenait au moyen d'un bandage dextriné le coude en avant, l'avant-bras fléchi et la main appliquée sur l'épaule saine. Rochester (Obs. IV) se servit d'une attelle de gutta percha modelée sur la clavicule et les côtes et maintenue en place par des bandelettes adhésives, Sédillot (Obs. V) d'un bandage contentif; Macfarlane (Obs. VII) employa le bandage de Desault,

un bandage de corps et une large bretelle passant sur la clavicule. Pour Malgaigne (Obs. VIII) il essaya de tous les moyens sans en croire aucun capable de lui donner une contention exacte. J'ai cité (Obs. IX et XIX) les appareils employés par Malichecq et Robson. — Hamilton (*loc. cit.*) conseille l'appareil du Dr Folts de Boston, mais ne dit pas qu'il ait eu occasion de l'employer.

En résumé, si l'on doit et je le pense, juger du mérite d'un appareil aux résultats qu'il a donnés, deux appareils me paraissent devoir mériter la préférence, car ils ont donné une réduction parfaite. L'un est celui d'Andrews décrit plus haut (obs. XVII et XVIII); il n'est pas d'une application difficile, mais malheureusement il me paraît à peu près impossible de le faire accepter à un malade. L'autre est celui de Baraduc, que Malgaigne estime « un bandage d'une rare insignifiance. » Baraduc affirme avoir obtenu une réduction sans la plus légère difformité, mais il a perdu son malade de vue au bout de 17 jours. Est-il assuré que la luxation ne se soit pas reproduite depuis ?

Voici d'ailleurs comment il a décrit l'application de son bandage. Une planche placée à la fin de son mémoire en représente l'application.

« Appareil pour maintenir réduites les luxations scapulaires et sternales de la clavicule.

» 1° On appliquera sur le membre correspondant à la luxation des circulaires de bandes, lesquelles, partant de la main, remonteront sur l'avant-bras et le bras, pour se terminer au niveau de l'aisselle.

» 2° Une bande large sera roulée autour de la partie inférieure de la poitrine; un des tours passera obliquement d'arrière en avant sur le bras et l'avant-bras, afin de maintenir le coude sur le côté de la poitrine.

» 3° Un tampon de 8 à 10 lignes d'épaisseur, de 2 pouces carrés, formé de compresses pliées en plusieurs doubles, sera appliqué sur l'extrémité luxée de la clavicule. Le chef d'une bande neuve sera appuyé sur le tampon avec assez de force pour maintenir l'os dans sa position naturelle; ce pendant la

bande déroulée sur la partie antérieure de la poitrine gagnera la région cubitale de l'avant-bras, qu'elle contournera, en s'y appuyant fortement, pour longer en remontant la partie postérieure du bras et de l'épaule, gagner le tampon, recouvrir avec force le chef de la bande, et faire ainsi cinq à six fois le même trajet.

» 4° La partie moyenne d'une bande de 3 à 4 mètres de longueur sera appliquée sur le côté de la poitrine opposé au bras malade, à deux travers de doigt au dessous du sein; les deux chefs de cette bande seront portés sur les faces antérieure et postérieure du tronc, perpendiculairement au bandage cubito-claviculaire ; chacun de ces chefs sera engagé sous la face profonde de ce bandage, pour être réfléchi sur sa face superficielle, et de là, côtoyant les régions dorsale et sternale du tronc, gagner le côté de la poitrine opposé à la luxation, et être fixé par un double nœud sur la convexité de l'anse première que la bande a formée.

» Chaque jour, pendant le premier septénaire, les nœuds de cette dernière bande que nous appellerons motrice, seront relâchés; les chefs tirés seront portés sous le bras, et de nouveau fixés par deux nœuds sur le tronc.

» Ainsi on obtiendra une puissance agissant perpendiculairement au bandage cubito-claviculaire. Alors le point d'action se trouvera divisé et réfléchi, d'une part, sur la clavicule, et de l'autre, sur le coude, de manière à agir sur ces deux régions avec plus de force qu'il n'en faudra pour éviter tout déplacement, et assez de solidité pour que le bandage puisse rester appliqué pendant plusieurs mois sans être renouvelé, si la nécessité s'en faisait sentir. Le soin essentiel, mais le seul à donner au bandage après son application est de resserrer la bande motrice lorsqu'elle commence à se relâcher. »

Voici maintenant le fait que j'ai eu l'occasion d'observer :

## OBSERVATION XX

« Le 25 juin 1885, le *Turenne* étant au mouillage en rade de Tao-tse (îles Chusan) le nommé Le Goff, Jean François, matelot musicien, 21 ans, voulant atteindre un morceau de linge qu'il avait mis à sécher, glisse sur les glacis, sorte de pont en fer incomplet qui surmonte le véritable pont en bois du navire, et tombe des glacis sur le pont d'une hauteur de 2 mètres environ. La chute a eu lieu sur le moignon de l'épaule gauche. (1)

(1) Qu'il me soit permis à ce propos, de faire remarquer incidemment que si l'architecture navale peut considérer comme un progrès cette innovation d'un pont supérieur en fer, tel

» Malgré l'étourdissement causé par cette chute, le malade peut descendre seul du pont dans la batterie pour se rendre à l'hôpital. Ce qui frappe tout d'abord, c'est son attitude : il tient le membre supérieur gauche demi fléchi, rapproché du tronc et le soutient de temps en temps avec la main droite. Il incline la tête du côté malade.

» Le sujet n'accuse d'ailleurs aucune douleur spontanée, la douleur ne se produit que dans certains mouvements du bras.

» Le thorax étant mis à nu on constate que l'épaule gauche est déprimée ; la peau ne présente ni contusion (le sujet portait au moment de sa chute un épais vêtement de drap) ni echymose. A la partie antérieure du cou, au-devant de la trachée et un peu au-dessous de la saillie ou pomme d'Adam du cartilage thyroïde très développée chez l'individu, se trouve une tumeur dure, osseuse, irrégulièremeut arrondie, faisant corps avec la clavicule, facilement dépressible quand on exerce sur elle une pression de haut en bas. Cette tumeur qui est la tête de la clavicule, est placée immédiatement sous la peau. La direction de la clavicule est modifiée ; elle se porte en partant de la tête claviculaire obliquement en bas et en dehors. En enfonçant le doigt à la partie interne de la dépression qui existe entre la tête claviculaire et le premier cartilage costal, on rencontre la facette sternale vide. Quand on abaisse l'épaule et que, par suite, on accentue encore le déplacement en haut, le malade accuse une vive douleur, mais ce qui est remarquable c'est qu'on peut aussi produire en attirant l'épaule en arrière, un déplacement en avant beaucoup moins marqué toutefois que le déplacement en haut. Le sujet n'accuse pas de douleur dans ce mouvement ; dans les jours qui suivirent il se faisait même un jeu, quelque recommandation qu'on lui fît, de produire cette luxation en avant. On n'a constaté ni aphonie, ni dyspnée, ni dysphagie.

La réduction s'opère avec la plus grande facilité ; il suffit d'élever un peu l'épaule en exerçant une légère pression de haut en bas sur la tête de

---

qu'il existe sur les nouveaux cuirassés de croisière, genre *Vauban, Turenne*, etc., l'hygiène navale n'a pas lieu de s'en féliciter. Cette surface légèrement convexe, glissante a de nombreux inconvénients dont les principaux sont : 1° un obstacle apporté à l'aération du pont proprement dit et par suite des étages inférieurs ; 2° la chaleur intense qui règne au-dessous de cette toiture de fer ; enfin 3° les chutes fréquentes et leurs conséquences pour les hommes qui, comme les timoniers, sont obligés de se transporter rapidement de la dunette à la passerelle. La circulation sur ce toit de fer était si périlleuse à la mer, par gros temps, qu'on avait dû recouvrir les passages les plus fréquentés de tapis de corde tressée.

la clavicule ; on perçoit alors un léger bruit de frottement quand la tête rentre dans la facette sternale, mais le déplacement se reproduit au moindre mouvement.

Dans la nécessité où nous étions de garder ce malade à bord, M. le Dr Catelan dut songer à faire fabriquer à bord un appareil capable de maintenir la réduction. Voici celui qu'il imagina :

Un *corset* de forte toile rembourrée ouvert par derrière est muni à sa partie postérieure d'œillets placés verticalement le long de chacun des bords verticaux de l'ouverture ou fente. De chaque côté de cette fente, au niveau du bord supérieur du corset, sont deux boucles analogues à celles dont se servent les tailleurs, qu'on peut mobiliser dans tous les sens. Tout le bord supérieur du corset est garni également d'une rangée d'œillets. A la partie antérieure du corset, sur son bord supérieur sont fixées deux bretelles qu'on peut croiser pour venir les attacher en arrière aux deux boucles. Une *large bande* légère et solide servira à appliquer contre le tronc le bras demi-fléchi. Enfin un *coussinet triangulaire* pour l'aisselle, un *coussinet carré* qui appuiera sur la tête claviculaire et une *écharpe* enveloppant tout l'avant-bras jusqu'au coude et au poignet et devant être fixée à la large bande complètent l'appareil.

Voyons maintenant la disposition de chacune des pièces qui composent l'appareil.

Le corset est appliqué sur le thorax mis à nu et lacé. Par dessus lui la large bande entourant le bras gauche le maintient rapproché du tronc; le coussinet triangulaire est placé dans l'aisselle, sa base repose sur la couture de réunion de la large bande et du corset. Le coussinet carré est placé sur la tête de la clavicule; les deux bretelles se croisent au-dessus de lui et viennent s'attacher aux deux boucles. Enfin l'écharpe soutient l'avant bras fléchi et placé au devant du tronc ; elle est fixée à la large bande.

L'appareil est supporté difficilement au début; le sujet est peu docile et la haute température que nous subissons doit en rendre, il est vrai, l'application très pénible. Après trois jours de tâtonnements, l'appareil est définitivement appliqué et bien supporté dès lors. Il est renouvelé quinze jours après; le déplacement ne se reproduit pas, mais il ne faudrait qu'un léger effort, car on sent vaciller légèrement l'extrémité sternale quand le malade tourne la tête. Ceci est dû évidemment à l'action du sterno-mastoïdien (1).

(1) J'ai pu vérifier à ce propos la justesse de la remarque qui clot l'observation d'Andrews (obs. XVII et XVIII) au sujet de la susceptibilité de la peau. Quelque soin qu'on eût pris

Le bandage est maintenu en place pendant 35 jours et visité de temp à autre. Au bout de ce temps on l'enlève et on le remplace pendant 15 jours par une écharpe.

Au bout de ce temps il existe une légère déformation caractérisée par une saillie ou tumeur qui fait que l'articulation sterno-claviculaire gauche paraît un peu plus élevée que la droite. Il est probable que les ligaments déchirés se sont soudés, cicatrisés et que leur réunion a été assez complète pour maintenir solidemment l'articulation, car les fonctions du membre supérieur n'ont rien perdu de leur étendue et de leur force.

Très peu de temps après le malade avait repris son service et rem plissait même les fonctions d'ordonnance près d'un officier du bord.

J'ai perdu de vue ce malade au mois de mars 1886, mais M. le Dr Catelan a bien voulu m'écrire, au mois de février 1887, que Le Goff se livrait à la *gymnastique* et exécutait tous les mouvements sans gêne ni douleur. — On ne peut donc douter que la guérison ait été complète.

Quelle dénomination convient à cette luxation ? Luxation complète en haut, ou bien en haut et en avant, mais en remarquant que le premier genre de déplacement a prédominé. Le résultat obtenu a été aussi satisfaisant que possible étant données les difficultés de traiter le malade à bord et le peu de docilité du blessé. Tout l'honneur en revient à l'appareil employé. Est-ce à dire que ce bandage convienne à tous les cas de luxation analogue et qu'on sera toujours assuré de réussir avec lui ? Je n'oserais l'affirmer ; il serait téméraire de vouloir conclure de son succès dans un cas particulier à sa valeur générale; mais le résultat que nous avons obtenu engagera peut-être ceux qui auraient à traiter un cas semblable à l'employer et alors ma description n'aura pas été inutile.

---

d'interposer entre le coussinet carré et la peau une épaisse couche de ouate, la peau était très rouge et très sensible au niveau de l'articulation quand on enleva le bandage.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 22 mai 1887.
*Le Président,*
Dr E. MASSE.

Vu : *Le Doyen,*
A. PITRES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 mai 1887.
*Pour le Recteur,*
L'Inspecteur d'Académie délégué,
ROUMESTAN.

# INDEX BIBLIOGRAPHIQUE


ANDREWS. — Professeur de chirurgie clinique au collége médical de Chicago, chirurgien de l'hôpital de la Merci. Article « Luxations » de l'Encyclopédie de Gosselin, traduit et annoté par le Dr Poinsot, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, t. IV, p. 409.

BARADUC. — Thèse de Paris, 1842, t. I.

BEAUNIS et BOUCHARD. — Anatomie descriptive.

BRYANT. — A manual for the practice of Surgery. London, 1879, t. II, p. 334.

CRUVEILHIER. — Anatomie descriptive.

DESPRÉS. — Article *Clavicule* du Dictionnaire de Jaccoud.

FOLLIN. — Traité de Pathologie externe, t. III.

GOSSELIN. — Encyclopédie internationale de chirurgie.

GURLT. — Deutsche Klinik, 1857, nº 1.

HAMILTON. — Traité pratique des fractures et luxations, édition française par le Dr Poinsot. Paris, 1884, p. 784.

HAYEM. — Revue des sciences médicales en France et à l'étranger, t. I. Paris, 1873, p. 905.

JOBERT (de Lamballe). — Rapport à l'Académie de Médecine sur le travail de Morel-Lavallée. (Bulletin de l'Académie de médecine, 1843, t. VIII, p. 1160.)

KRONLEIN. — Luxationen, in Deutsche chirurgie, von Billroth, Lucke 1881, p. 5, tableau.

MACFARLANE. — Edinburg med. and surg. journal, vol. XLVII, p. 3.

— Gazette médicale de Paris, 1837, p. 283.

MALGAIGNE.— Etudes statistiques sur les luxations in Annales de chirurgie, octobre 1841.

— Traité des fractures et des luxations. Paris, 1855.

MALICHECQ. — Revue médico-chirurgicale de Paris, mai 1854, t. 15-16, p. 312.

MOREL-LAVALLÉE. — Essais sur les luxations de la clavicule, 1844.

— Annales de la chirurgie française et étrangère, t. IX, 1843.

— Bulletin de la Société de chirurgie, t. IX, p. 361, 1859 ; et 1863, 2e série, t. IV.

NÉLATON. — Traité de Pathologie chirurgicale, t. III.

PACKARD. — In Encyclopédie de Gosselin.

POINSOT. — idem.

Polaillon. — Article *Clavicule* du Dict. Encycl. des sc. méd. de Dechambre, t. XVII, p. 673.

Richet. — Article *Clavicule* du Dict. de Jaccoud.

Robson. — The Bristish medical journal ; avril 1878, t. I, p. 481.

Rochester. — Buffalo médical journal, vol. XIV, p. 282.

Sanson. — Dict. de méd. et de chir. pratiques ; Paris, 1834, t. XI, p. 226, art. *Luxation.*

Sappey. — Anatomie descriptive, t. I.

Sédillot. — Dict. des études médic. pratiques, art. *Clavicule,* t. III.

— Contributions à la chirurgie, t. I ; Paris, 1868.

Shaw. — Med. Record. aug. 18, 1877.

Smith. — The Dublin journal of medical science, december 1872, et in Revue des sc. méd. de Hayem.

Tillaux. — Anatomie topographique.

Triadou. — Le *Montpellier médical,* t. X, p. 134, 1863.

Vanverts. — Bulletin médical du nord, t. XVI, nº 3.

du Verney. — Traité des maladies des os, par M. du Verney, docteur en médecine, etc... t. I, Paris MDCCLI.

11,405. — Bordeaux, Vᵉ Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.